

DER NIEDERGESCHLAGENE MENSCH

Depression.

Eine sozialwissenschaftliche Studie zu Geschichte und
gesellschaftlicher Bedeutung einer Diagnose.

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. rer. soz.)
des Fachbereichs Gesellschaftswissenschaften der Justus-Liebig-Universität Gießen

Vorgelegt von
Charlotte Jurk aus Kiedrich
2005

Die berufliche Begegnung mit Patienten in der Psychiatrie war für mich Anlaß zur Frage nach dem, was Depression eigentlich sei. Reimer Gronemeyer ermutigte mich, dies zum Thema einer Dissertation zu machen. Viele Hürden ließen sich mit seiner Unterstützung überwinden.

Marianne Gronemeyer verdanke ich eine Reihe von Anregungen; ohne ihre kritische Begleitung wäre die vorliegende Arbeit sicher nicht möglich gewesen. Viktor sei gedankt für Geduld und Rotstift. Melanie formte aus dem Chaos eine lesbare Arbeit, und beeindruckte mich mit Sorgsamkeit. Dank Brolo gewann ich hin und wieder die nötige Distanz.

INHALT

EINLEITUNG	1
KAPITEL 1 - DIE WELT DER MELANCHOLIKER	7
Acedia und tristitia - das mittelalterliche Doppelgesicht der Traurigkeit	8
Die gottgewollte Traurigkeit	8
Die weltliche Traurigkeit	9
Acedia und Schwarzgalle	10
Frühzeit der Melancholie: die Wunde des Menschen als Schöpfer	12
Das neue Zeitalter: Abstraktion statt Transzendenz	13
Dunkelheit des Nichtwissens	13
Die Weisheit der Renaissance	14
Aufklärung: Melancholie ist der Vernunft zuwider	17
19. Jahrhundert - das kurze Leben der Melancholiker	19
Kierkegaards Schwermut	21
Süße Melancholie	22
Melancholie untauglich für die Moderne	23
KAPITEL 2 - DAS PROBLEM DER SEELE	24
Ursprung des Begriffs Depression	24
Seelenheilkunde als Naturwissenschaft	26
Das Konzept des modernen Körpers	26
Problemgeschichte der Seele	31
Seele und Körper sind untrennbar	31
Descartes: Seele ist reiner Geist	32
Kann die Seele erkranken?	32
Somatiker versus Psychiker: Früher Streit über die Seele in der Psychiatrie	33
Wunderstoff Elektrizität	34
Seele ist elektrische Materie	35

KAPITEL 3 - VON DER MELANCHOLIE ZUR DEPRESSION ALS ÄRZTLICHE DIAGNOSE	37
Melancholie und ihre Behandlung bis zur Aufklärung	38
Erste Internierung und Absonderung der Irren	39
Melancholie in den Ordnungsmustern der frühen Psychiatrie	41
Beginn einer „Irrenfürsorge“	41
Erste Maßnahmen zur vernunftgemäßen Klassifizierung des Wahnsinns	42
Klassifikation nach Linné's Vorbild	42
Wahnsinn wird zur Krankheit	43
Sitz der Seelenkrankheit: das Gehirn	44
Psychiatrie wird Zweig der Medizin	46
Die Psychiatrie entledigt sich der Melancholie	49
Neurosyphilis als Beweis der Gehirnthese	49
Geisteskrankheit und Vererbung	49
Geisteskrankheit und „krankhafte Veranlagung“	50
Das manisch-depressive Irresein verdrängt die Melancholie	51
Kraepelins Theorie der „endogenen Psychose“	52
Kraepelins Theorie der geistig „Minderwertigen“ und der Begriff der Entartung	53
Auswirkungen der neuen Krankheitseinheit	54
KAPITEL 4 - DIE „NEUROTISCHE“ DEPRESSION	55
Psychologie und Psychoanalyse komplettieren die Naturwissenschaft von der Seele	55
Freuds Psychoanalyse der Melancholie	56
Ambivalenz der Psychoanalyse	59
Auswirkungen auf die Auffassung von Depression	60
Depression: Psychose oder Neurose?	61
Der amerikanische Weg: Neurasthenie und neurotische Depression	61
Neurasthenie als moderne Krankheit der Erschöpfung	62
Der europäische Weg: „endogene“ und „reaktive“ Depression	63
Bunte Landschaft der Psychiatrie in den 1920er Jahren	64
KAPITEL 5 - VERNICHTENDE PSYCHIATRIE	65
Die Ermordung psychisch Kranker im Nationalsozialismus	65
Die „Unheilbaren“ – „Rassenhygiene“ und „Euthanasie“	65
Die Theorie wird zur Tat:	67
Die Euthanasiepraxis von NS-Psychiatern beginnt mit Zwangssterilisation	67
Erste Tötungsaktionen ab 1939, Hitlers „Ermächtigung“	67
Geheime Reichssache „T4“	68
Einrichtung zentraler „Euthanasie-Anstalten“	69
Das Ende von „T4“ im Jahr 1941 ist nicht das Ende	70
Behandlung der Depression unter dem Banner des Nationalsozialismus	72
Die Erfindung des Elektroschocks	72

KAPITEL 6 - DEPRESSION IM HISTORISCHEN UND GESELLSCHAFTLICHEN KONTEXT	73
Die 1950/60er Jahre: Psychiatrie, Antidepressiva und „die Unfähigkeit zu trauern“	73
Psychiatrie in Deutschlands Nachkriegszeit	74
Ausgangslage der Psychotherapie und Psychoanalyse	75
Die „Unfähigkeit zu trauern“	76
Erste Psychopharmaka und ihre Auswirkung auf die Interpretation psychischer Erkrankung ..	77
Dreiteilung der Depression	79
Die ersten Antidepressiva in Europa	79
Die ersten Antidepressiva in Amerika	80
Neudefinition der Depression: Depression ist, was auf Antidepressiva reagiert	81
Körperchemie als Ursache für Depression	83
Die 1970er Jahre: Informationsgesellschaft und Psychoboom: Depression wird gesellschaftsfähig	85
Die Psychiatrie verändert ihr Gesicht	85
Informationsgesellschaft und das neue Selbst	86
Auslaufmodell Psychoanalyse	88
Ist moderne Depression ein „Produkt“ der 1970er Jahre?	90
Die 1980er Jahre: Ökonomisierung und Globalisierung. Depression in Zeiten des Selbstdesigns ..	93
Flüchtige Moderne	93
Antidepressiva als Glücksdroge	94
Ersatz für Valium	94
Prozac: neoliberale Botschaft	95
Depression als Lifestyle	97
KAPITEL 7 - ANTIDEPRESSIVA UND DIE STANDARDISIERUNG DER PSYCHE	97
Mythos Antidepressiva	97
Behauptung: Antidepressiva sind in Doppelblindversuchen als wirksam erwiesen worden	100
Behauptung: Antidepressiva wirken gezielt gegen Depressionen	101
Behauptung: Neue Antidepressiva sind so gut wie nebenwirkungsfrei	102
Behauptung: Antidepressiva müssen über einen langen Zeitraum eingenommen werden	102
Behauptung: Unbehandelte Depressionen enden im Selbstmord	103
Arbeit an der Objektivierbarkeit der Psyche	105
Depression soll meßbar sein	105
Arbeit an der Standardisierung der Psyche	107
Depression und ihre verwirrende Nomenklatur	107
ICD als Mittel der Standardisierung der Psychiatrie	107
Globalisierte Standards	108
Standardisierung als Mittel gegen Stigmatisierung?	109
Standardisierung als Vervielfältigung des Gleichen	110
Kritische Stimmen	112
Was ist Depression heute?	113

KAPITEL 8 - WIE DEPRESSION ZUR VOLKSKRANKHEIT WIRD	114
Epidemiologische Forschungen zur Depression	115
WHO: Epidemiologie als Rechenoperation – ökonomisch und global	115
WHO 2001: Klare Dominanz biologischer Erklärungsmuster	117
Ergebnis: Ein Viertel der Menschen ist psychiatrisch behandlungsbedürftig.	118
Epidemiologie in Deutschland: Reproduktion der globalen Ergebnisse.	119
Gesundheitsberichterstattung des statistischen Bundesamts.	119
Bundesgesundheitsurvey, Zusatzsurvey psychische Gesundheit.	119
Jahresgutachten der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen.	121
Einheitsdiagnose verhindert differenzierte Auswertung.	121
Darstellung der Zahlen in der Presse.	122
Bericht der Europäischen Kommission.	123
Statistiken der Renten- und Krankenversicherungen.	125
Ursachen für das Ansteigen der frühzeitigen Renten.	125
Psychische Erkrankung als Ausweg zur Rente	126
Auswertung der Krankenstände durch die Krankenkassen	127
Depressionsquote weit unter epidemiologischer Erwartung.	128
Depression ist vor allem ökonomisch bedeutsam	130
Prävention: Kampf gegen Mobbing?	132
Wie eine Depressions-Diagnose auch entstehen kann	133
Depressionsnetzwerke: das Fahren nach Patienten.	135
Depressionsscreening in Deutschland	135
Öffentlichkeitsarbeit des Kompetenznetzes	136
Anwendungsgebiet Altenhilfe	140
Depression als Selbsthilfefaufgabe	141
KAPITEL 9 - PROBLEM SEELE GELÖST?	143
Psyche im Zeitalter der Hirnforschung.	143
Das Gehirn als Leitorgan.	144
Das kybernetische Gehirn.	146
Die kybernetische Psyche.	149
Moderne Hirnforschung	150
Hirnforscher auf Werbefeldzug	151
Hirnforschung bestimmt Wertediskussion	152
„Neues Verständnis“ psychischer Erkrankung und Ende der sozialen Psychiatrie.	154
Der neue Mensch: exterritorialisiert	156
KAPITEL 10 - DIE VERÖFFENTLICHTE DEPRESSION - IHRE GESELLSCHAFTLICHE FUNKTION	157
Depression als Krankheit des Homo oekonomikus	157
Kritische Depression	159
Der niedergeschlagene Mensch leidet an seiner Körperlichkeit	159
Depression: Überforderung oder Unterforderung?	160
Depression ist Anpassungsproblem des Einzelnen	161
Zeit für Optimismus	162

KAPITEL 11 - ERLEBTE DEPRESSION	163
Patientinnen geben Auskunft	163
Arbeit lenkt ab	163
Einsamkeit als zentrales Problem	164
Freundschaft fällt schwer	165
Angst vor Kontrollverlust	166
Gefühl des Versagens	167
Leben mit der Diagnose	168
Medikamenteneinnahme ist Standard	169
Meinung zu Gesellschaft und Depression	169
 KAPITEL 12 - DER NIEDERGESCHLAGENE MENSCH - LEBEN IN MÜDEN ZEITEN	 171
Der Depression zuhören	172
Phänomenologie der Depression	173
Beschreiben die Symptome der Depression unsere Gesellschaft?	175
Paradoxie moderner Ansprüchlichkeit	176
Traurigkeit ist berechtigte Daseinsäußerung	177
 ANHANG	
Literaturverzeichnis	178
Internet-Links	183
Bilderverzeichnis	183

E I N L E I T U N G

Jede Krankheit ist eine sozial erzeugte Realität. IVAN ILLICH

Von Egon Friedell stammt die Bemerkung, jedes Zeitalter mache sich seine Krankheit, die ebenso wie seine Religion, seine Kunst, seine Wirtschaft eine für die Epoche spezifische Hervorbringung sei. So verbindet sich mit der großen europäischen Pestepidemie der Beginn der Neuzeit, die Eroberung fremder Kontinente und die Durchsetzung der Vorstellung vom Menschen als Individuum. Das Zeitalter der Aufklärung bringt den Wahnsinn hervor, der fortan interniert werden muß. Tuberkulose steht für die qualvolle Enge der Städte und die Verarmung breiter Massen während der intensiven Industrialisierung Ende des 19. Jahrhunderts. Mit den unsichtbaren Giften des Atomzeitalters bricht Krebs als Krankheit hervor, wie auch bisher unbekannte Viruserkrankungen lebensbedrohliche Ausmaße annehmen.

Von solchen Zusammenhängen gingen die Überlegungen zu dieser Arbeit aus: nämlich zu fragen, warum ausgerechnet die gegenwärtige Zeit eine „Volkskrankheit“ namens Depression zu erzeugen scheint. Mit der Jahrtausendwende, in der auch der Begriff „Spaßgesellschaft“ noch Platz in den Feuilletons der Zeitungen fand, mehrten sich die medialen Berichte über ein verheerendes Ansteigen einer Erkrankung der inneren Leere, Handlungsunfähigkeit und Hoffnungslosigkeit. Zunächst einmal irritiert dieser Befund. Ausgerechnet in der modernen Gesellschaft, die flexibles, kreatives und beschleunigtes Handeln zu beruflichen Kardinaltugenden erhoben hat, macht sich eine „Störung“ breit, die genau vom Gegenteil spricht. Eine kollektive Verweigerungshaltung? Ein Hinweis auf die totale Überforderung zu schwacher Menschen? Oder eigentlich „normales“ Verhalten, das nur im Fokus der überzogenen Anforderungen pathologisch erscheint? Ein Ausleseverfahren sozusagen?

Folgt man Friedells Gedanken, so geschehen die Krankheiten in den Körpern und Seelen der Menschen. Sie bringen sie aus sich heraus: als teils rätselhafte, teils überraschende Reaktionen auf die Lebensbedingungen einer Epoche.

Doch hier beginnen schon die ersten Schwierigkeiten mit dem Begriff der Depression. Im Rückblick auf die historischen Wurzeln des Begriffs wird schnell klar, daß die moderne Depression mit ihren geschichtlichen Vorgängern kaum noch etwas zu tun hat. Moderner Depression haftet keine Spur des Wahnsinns oder der Verrücktheit mehr an. Moderne Depression hat auch keinen Anklang mehr an die eigensinnige Weltbetrachtung eines Melancholikers.

Wer heute als depressiv diagnostiziert wird, entspricht in bestimmten Punkten nicht den Sollwerten einer Skala, die von Experten und Meinungsforschern ausgearbeitet wurde. Inwiefern trifft es für die Depression noch zu, daß sie eine eigenständige Hervorbringung der Körper, der Geister und Seelen dieser Zeit ist? Inwiefern ist sie vielmehr eine „gemachte“ Krankheit? Könnte es geradezu kennzeichnend für bestimmte Krankheiten der Moderne sein, daß sie Produkt einer Definitionselite sind, mit deren Hilfe soziale Aussonderung und Disziplinierung betrieben wird?

Die Fülle des Materials zu diesem Thema war erdrückend. Wie den roten Faden finden? Mehr und mehr stellte sich als erster Schwerpunkt die (psychiatrisch-medizinische) Ideengeschichte der Depression und der Institutionen ihrer Behandlung heraus. Das historische Verfolgen der Theoriebildung stellte sich insofern als ertragreich dar, als hierdurch die Umstülpung der Diagnose sichtbar wurde.

Vier Punkte scheinen mir in der Geschichte der Depression bedeutsam zu sein:

Erstens wurde die Medizin für den Wahnsinn und damit auch für die Melancholie erst dann tatsächlich zuständig, als sie die Seele mit den Naturgesetzen der Körperlichkeit greifbar machte. Indem die „unsterbliche“ Seele im Gehirn verortet wurde, machte man sie zum Objekt ärztlicher Introspektion.

Zweitens wird am Anfang des 20. Jahrhunderts angesichts der Stofflichkeit der Seele der Begriff Melancholie aus der psychiatrischen Diagnose gestrichen. Die Depression wird von den Ärzten als Begriff bevorzugt, weil sich in ihm das neue Seelenkonzept naturwissenschaftlich begreifbar macht. Die traurige Verstimmung büßt ihre Sinnhaftigkeit ein und wird zur „Stoffwechselstörung“.

Nach Ende des zweiten Weltkriegs ändert sich in einem dritten Schritt das Konzept der Depression mit der chemischen Beeinflussung der Psyche durch Neuroleptika. Diese scheinbar willentliche Einflußnahme auf die Seelenstimmung ist ein erster Schritt, den „Außensteiter“ Psychiatrie in die Allgemeinmedizin einzuordnen. Das Heilungsversprechen verhilft der Psychiatrie zu einer Bedeutsamkeit, die sie bis dahin nicht hatte. Die theoretische Ausrichtung der Psychiatrie schlägt eine neue Richtung ein. Von den kontrovers diskutierenden existenzial-philosophischen Psychiatern oder anthropologischen Phänomenologen, die die europäische Szene bisher beherrscht hatten, sondern sich die Anhänger einer biochemischen These ab, erforschen Psychopharmaka und erobern sukzessive das Feld der Psychiatrie für sich.

Der vierte Einschnitt in der Theoriegeschichte der Depression fällt in die 1980/90er Jahre. Hier ist es aber schon nicht mehr die Medizin, die eine Neudefinition der Depression bewirkt. Wir haben es mit einem unübersichtlichen Gemenge aus Gesundheitsbürokraten, Pharmaforschern, Epidemiologen, Trendforschern und Anlageberatern zu tun, die ein „Marktbedürfnis“ bedienen wollen. Eine taugliche „Psyche“ ist zum Produktionsfaktor geworden und beim Verkauf der Ware Arbeitskraft unbedingt vorzuweisen. Depression wird zu einer (gut behandelbaren) Massenerkrankung erklärt. In einer Welt ungebremsten Konsums ist aus der vorgebliebenen

Käuflichkeit psychischer Aufwertung Geschäft zu machen. Die ökonomische Bedeutung der Depression wird zu ihrer größten Stärke. Aus den errechneten Summen an Arbeitsausfallkosten und Lebensqualitätseinbußen läßt sich auch ein hoher Krankheitswert berechnen.

Die Auseinandersetzung mit dem Deutungsmonopol einer inzwischen rein biologisch ausgerichteten Psychiatrietheorie, ihrer Verflechtung mit den handfesten Interessen der Pharmaverkäufer und Gesundheitsökonomien hat in der Arbeit, zunächst ungeplant, breiten Raum eingenommen. Das liegt an der Selbstverständlichkeit, mit der das medizinisch-ökonomische Erklärungsraster der Depression unwidersprochen seine Herrschaft behauptet.

Es gibt jedoch gute Gründe für eine erhebliche Skepsis gegenüber der Behauptung, die Depression sei eine moderne Massenerkrankung.

Diese Skepsis ist zum einen durch die umfängliche Ausweitung der Definition dessen, was depressiv sein soll, begründet. „Depressive Stimmung“ war im 19. Jahrhundert noch eines von vielen Symptomen des Wahnsinns, keinesfalls aber eine eigenständige Krankheit. In den Anstalten wurden Patienten behandelt, die unter „Verschuldungswahn“ oder „Kleinheitswahn“ litten oder ihrem Leben ein Ende machen wollten.

Eine erste Ausweitung der Pathologie geht auf die Psychoanalyse zurück. Die „nicht einfühlbare“ Trauer des Melancholikers wurde von Freud als narzißtische Ich-Störung gekennzeichnet. Ein Zustand der Traurigkeit ohne erkennbaren Grund galt von da an als Neurose und demnach als Krankheit.

Der Einsatz von antidepressiven Medikamenten nach Ende des zweiten Weltkriegs erweiterte das Gebiet des Pathologischen noch einmal erheblich. Alle Symptome, die auf die neuen Medikamente reagierten, wurden zu Zeichen der Depression: Dauer und Intensität des Schlafes, Appetit, Stimmung, Schuldgefühle, Hemmung des Denkens oder Hypochondrie. Seit 1960 werden diese Symptome systematisch anhand von Fragebögen erfasst. Patienten werden über ihr Leiden anhand der Skalen abgefragt. Auf diese Weise kommt es zu einer Standardisierung der Depression im Interesse der Vergleichbarkeit. Patienten können ab jetzt nur noch das „haben“, was auf den Abfragebögen vorgesehen ist. Zu einer noch radikalen Verwässerung der Begrifflichkeit kommt es in den 1990er Jahren. Von nun an umfasst Depression auch Angst, Zwang, körperliche Beschwerden, Unzufriedenheit, Grübeln, Zweifeln - Depression wird zum Synonym für alles das, was dem Gemüt unangenehm ist. Wer wäre da nicht depressiv?

Ein zweiter Grund für Skepsis liegt darin begründet, daß die heute angewandten Instrumente und Methoden der Diagnose höchst suspekt sind. Zum Erstellen der Diagnose bedarf es keiner zeitaufwendigen Begegnung zwischen Arzt und Patient mehr, in der das Leiden und die Lebenssituation des jeweils Einzelnen im Mittelpunkt stehen. 1993 ließ die Weltgesundheitsorganisation weltweit 200 000 Menschen zu ihrer seelischen Befindlichkeit durch Interviewbögen befragen, die von Laien ausgefüllt wurden. Maximal 20 Minuten dauert das Ankreuzen im gängigen Depressionstest beim Arzt. Das sogenannte Hausarztsscreening umfasst sogar nur zwei Fragen und dauert maximal zwei Minuten. Jeder kann sich über Internet im Selbsttest diagnostizieren. Der „Beschleunigungseffekt“ der Diagnosestellung wird durch die immer

häufigere Anwendung bildgebender Verfahren verstärkt. Computertomogramme des Gehirns, Hormon- und Medikamentenspiegel werden zu aussagefähigeren Parametern erklärt, als die Berichte des Kranken.

Das Deutungsmonopol der biologischen Psychiatrie zeigt gesellschaftliche Wirksamkeit, weil die Bewertung psychischer „Qualität“ zu einem entscheidenden Kriterium sozialer Zugehörigkeit geworden ist.

So vollzog sich im Übergang zur Informationsgesellschaft ein grundlegender Wandel in Bezug darauf, welche Qualifikationen im Arbeitsprozeß als verwertungsrelevant angesehen werden. Ständig austauschbares Wissen, Gefühl, Geschmack und Verhalten sind gefragter als das handfeste Können in den Zeiten des schweren Kapitalismus. Keine Stellenanzeige erscheint heute, in der nicht psychische Qualifikationen wie „Kommunikationsfähigkeit“, „Flexibilität“ oder „Offenheit“ vom Bewerber gefordert werden. Die Anpassungsfähigkeit an die Logik, Schnelligkeit und Darstellungswelt des Computers wird bereits in der Grundschule als „Hirnleistung“ eingeübt. Insofern bekommt psychische „Abweichung“ ein hohes Bedrohungspotential: Schon kleine Fehlkalibrierungen gefährden die berufliche Laufbahn und die ökonomische Stellung.

Die Medizin liefert, passend dazu, eine Interpretation des Menschen, in der das Gehirn zum neuralgischen Punkt - analog der Computerlogik - zur Zentraleinheit des Körpers erklärt wird. Diese hierarchische Aufwertung des Gehirns hat der Hirnforschung folgerichtig nicht nur medizinisch, sondern auch gesellschaftlich eine herausragende Bedeutung beschert. Ein eigener Abschnitt ist in dieser Arbeit der Frage gewidmet, wie die Hirnforschung den Menschen sieht und welche Auswirkungen das wiederum auf die Selbstwahrnehmung hat.

Eine weitere Ursache für das gesellschaftliche Interesse an der Depression, besteht in der Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Diese führt nämlich dazu, daß unter der Hand solche Krankheiten für bedeutsam gehalten werden, die viel kosten. Die Ausweitung dessen, was als pathologisch gilt, hatte einerseits zur Folge, daß wesentlich mehr Menschen als depressiv diagnostiziert wurden. Andererseits verursachen psychische Erkrankungen längere Ausfallzeiten, als körperliche Krankheiten. Auch dies ein Kostenfaktor, der den Statistikern ins Auge fiel. Gesundheitsökonomische Gründe bringen Ärzte dazu, eher eine Depression zu diagnostizieren, als ein Beratungsgespräch abzurechnen. Ebenso sind es in erster Linie ökonomische und sozialpolitische Ursachen, die zu einem Ansteigen der vorzeitigen Verrentungen aufgrund psychischer Erkrankungen führen.

Die enge Verzahnung von Ökonomie und Depression fällt auch ins Auge, wenn man die populären Veröffentlichungen über diese „Gefährdung der Volksgesundheit“ studiert. In Zeiten ökonomischer Krise genießt die Depression demnach eine gewisse Nobilität, die aber nur fragil ist. Erste öffentlich geäußerte Vorwürfe deutscher „Jammerkultur“ zeigen schon an, wohin die Tendenz geht: zur Pflicht zum Optimismus, wenn dadurch „die“ Wirtschaft wieder angekurbelt werden kann.

Die Massenkrankheit Depression ist ein Konstrukt, das Ergebnis einer Rechenoperation mit zugehöriger Verhaltensmaßregel. Insofern erscheint sie, um auf Friedell zurückzukommen, weniger hervorgebracht, als verhängt. Es ist so, als ob die Definition der Erscheinung zuvor gekommen ist. Unzufriedenheit, Traurigkeit, Hemmung oder Angst sind in einem fertigen Krankheitsmodul vorformuliert.

Die tatsächlichen seelischen Nöte der Menschen müssen zunehmen in einer Zeit, da institutionelle Sicherungen wegzubrechen drohen. Die verordneten Ideale der Autonomie, der Durchsetzungsfähigkeit und des Selbstbewußtseins werden dann zu Zeichen „sozialer Kälte“. Das Gefühl, daß es im großen gesellschaftlichen „Programm“ nicht auf das eigene Handeln ankommt – ja, daß es so gut wie keine Auswirkungen hat im vollautomatisierten Getriebe, muß lähmender wirken als je zuvor. Gegenüber dem Tempo der technischen Innovationen kann die eigene Zeit nur als langweiliger Trott empfunden werden, der das Beste versäumt. Die Sorge für den eigenen Körper, die eigene Seele ist längst an professionelle Experten abgegeben worden und ein Wegbrechen der medizinischen Versorgung wird als Kränkung gewertet. Insofern fallen in solcher Situation mehr und mehr Menschen in ein Loch der Perspektiv- und Hoffnungslosigkeit. Eine Studie ermittelte jüngst, daß immer häufiger Kinder unter Angsterkrankungen litten. Sie werden die Schule bald nur noch mit begleitender Psychotherapie überstehen.

Die Interpretation der sozialen Zerwürfnisse als grassierende Depression ist gesellschaftlich höchst wirksam. Sie individualisiert das Leiden und reduziert dieses Leiden noch dazu auf die Dysfunktionalität der körperlichen „Steuerungseinheit“. Wer seine Depression bekämpfen will, muß noch individualistischer (Alleinsein aushalten), noch rücksichtsloser (sich besser durchsetzen lernen), noch hemmungsloser (Stoffwechsel steuern) werden. Das ist die symbolische Botschaft der Depression: wer sich seine Stimmung verderben läßt, wer traurig, grüblerisch, hoffnungslos ist – ist selbst schuld.

Die These von der allgegenwärtigen Depression medikalisiert eine Gesellschaftsordnung, in der der Mensch zweifach niedergeschlagen ist: Er wird in eine automatisierte, raum- und zeitlose Daseinsordnung gezwungen, in der die Möglichkeiten eigenständiger Sorge für sich und andere mehr und mehr schwinden. Zudem wird er reduziert auf diesen kleinen Raum in sich selbst, den er endlich dem ordnenden Zugriff der Fachleute überlassen soll. Dann wird er begreifen, daß er einverstanden sein muß mit allem, was ihn zu Boden gebracht hat.



KAPITEL 1

DIE WELT DER MELANCHOLIKER

*Das Höchste wäre, zu begreifen, daß alles Faktische schon Theorie ist.
Die Bläue des Himmels offenbart uns das Grundgesetz der Chromatik. Man suche nur
nichts hinter den Phänomen; sie selbst sind die Lehre.* GOETHE

„Wie kann man zusammenleben mit dem, was man weiß?“¹ So formuliert Ludwig Marcuse die Frage des Melancholikers: Das Wissen des Menschen scheint etwas Bedrohliches, das ihn aus der Unmittelbarkeit der Erfahrung entfernt und in Reflexion über sich selbst und die Zukunft vereinsamt. Der Bereich des objektiven Wissens stimmt nicht zusammen mit dem Empfundenen und Wahrgenommenen. Nicht Angst ist Auslöser dieser Frage, sondern Einsicht in das Scheitern ausschließlich auf Vernunft basierten Lebens. Das scheint eine sehr moderne Einsicht und ein modernes Leiden und doch sind Spuren derselben Frage bereits am Anfang der Moderne gestellt worden.

Acedia und tristitia – das mittelalterliche Doppelgesicht der Traurigkeit

In der christlichen Ethik gehörten tristitia (Traurigkeit) und die dazugehörige acedia (geistige Trägheit) zu den Todsünden. Bis ins Jahr 580 galt der Katalog von Evagrius, der acht Todsünden aufzählte: Völlerei, Wollust, Habgier, Traurigkeit, Zorn, geistige Trägheit, Ruhmsucht und Stolz. Unter Gregor dem Großen (540–604) veränderten sich Reihenfolge und Anzahl, aus acht wurden sieben Todsünden: Hochmut, Neid, Zorn, Traurigkeit, Habgier, Völlerei und Wollust. Und im 7. Jahrhundert entstand dann jene Version, die bis in Dürers Zeit beibehalten wurde: Aus Traurigkeit wurde Trägheit (acedia), aus Habgier Geiz.

Zunächst erscheint das Auftauchen von Traurigkeit und Trägheit im Katalog der Laster verwunderlich. Ist nicht der traurige Mensch bemitleidenswert? Braucht Trägheit nicht vor allem des helfenden Anstoßes? Während die übrigen Laster den (aggressiv) handelnden Menschen zeigen, handelt es sich bei der Acedia hingegen um eine passive Haltung.

¹ Ludwig Marcuse: Philosophie des Unglücks. Zürich 1981, S. 42

Die gottgewollte Traurigkeit

Offenbar sahen mittelalterliche Theologen eine Ambivalenz der Traurigkeit sehr wohl. „Die gottgewollte Traurigkeit verursacht nämlich Sinnesänderung zum Heil, die nicht bereut zu werden braucht; die weltliche Traurigkeit aber führt zum Tod“, sagt Paulus (2 Korinther 7, 10). Traurigkeit gehört zur Suche nach der Gottesbegegnung, sie kann diese sogar intensivieren, weil sie aus einer Sehnsucht nach dem Anderen erwächst. So beschreibt Augustinus seine eigenen Empfindungen im Jahr 399 in den „Bekenntnissen“:

*„Und zuweilen leitest du mich hinein
in einen ganz unerhörten Zustand,
zu einem ich-weiß-nicht-wie Süßen,
das, wenn es vollendet würde in mir,
ein ich-weiß-nicht-was sein wird,
was solch Leben hier nicht sein wird.
Aber wieder ver falle ich in dieses
mit trübseliger Schwere
und werde wieder verzehrt vom Alltäglichen
und werde festgehalten,
und reichlich weine ich,
doch reichlich werde ich festgehalten,
so schwerwiegend ist des Gewöhnlichen Last!
Hier zu sein vermag, aber mag ich nicht;
dorthin verlange ich, aber lange ich nicht:
(auch übersetzt: „Hier kann ich sein und will es nicht,
dort will ich sein und kann es nicht“)
Unglücklich beiderseits.“²*

Die Ahnung von der Freiheit und Unbeschwertheit göttlicher Liebe bringt Augustinus in geradezu ekstatische Zustände und gleichzeitig zur Erkenntnis, daß alltägliche Sorgen und Gewohnheiten ihn fesseln. Sein Zustand des Unglücklichseins über die Nicht-erfüllung des „Süßen“ ist nicht Sünde, sondern hält ihn stets bereit für eine nächste Annäherung. Traurigkeit in diesem Sinn ist die Anwesenheit der Sehnsucht nach Erfüllung. Die Verurteilung seines Traurigseins kann nicht Anliegen der mittelalterlichen Theologie sein. Die „gottgefällige Traurigkeit“ (*tristitia salutifera*) ist nicht als Laster, sondern als Tugend anzusehen.

² Augustinus, zit. nach Roland Lamprecht: *Melancholie. Vom Leiden an der Welt und den Schmerzen der Reflexion*. Hamburg 1994, S. 137

Die weltliche Traurigkeit

Wie ist jedoch die „weltliche Traurigkeit“, die zum Tode führt zu verstehen?

Die mit der ‚tristitia‘ verbundene ‚acedia‘ gilt als Laster, weil der Mensch sich der ihm möglichen Gotteserfahrung verweigert. „Acedia ist eine Schwere, eine Benommenheit, ein Brachliegen der Entschlußkraft, ein völliges Unvermögen, sich aufzuraffen, eine endgültige Verzweiflung am eigenen Seelenheil.“³ Die Seelenstimme des Menschen erlischt, das Innere verschließt sich in Schweigen. Der Mensch hat keine Sprache mehr. In Dantes Hölle sind es die ‚accidiosi‘, die wimmernd im Pfuhl fast unhörbar sprechen: „Von ihren Seufzern steigen Blasen auf und wimmeln, schau nur, auf der ganzen Fläche. Im Schlamm bekennen sie’s: wir waren grämlich in milden, sonnendurchglänzten Lüften droben und hegten Mißmutwolken im Gemüt. Und jetzt verdrießt der schwarze Pfuhl uns hier. In ihrem Schlund vergurgelt sich die Hymne, sie kann in klaren Worten nicht heraus.“ (Dante, 7. Gesang) Dantes Schwermütige haben im Sumpf die Fähigkeit verloren, eine deutliche Sprache zu sprechen. Die Seelenstimme erlischt, weil das Innere sich im Schweigen verschließt.

Ausgehend von den Erfahrungen der die Askese suchenden Mönche, wird ‚acedia‘ ihre gefährlichste Versuchung. Der Mittagsdämon verleitet die Mönche zu Unlust und Trägheit. Evagrius Ponticus kam im Jahr 398 nach Ägypten, blieb zwei Jahre und zog sich bis zu seinem Tod 399 in die Wüste zurück. Er schreibt über seine Acedia-Urerfahrung und widmet ihr das ausführlichste Lasterkapitel. „Der Dämon der Acedie, der auch der Mittagsdämon genannt wird, ist von allen Dämonen der lästigste. Er tritt um die vierte Stunde an den Mönch heran und umzingelt seine Seele bis zur achten Stunde.“⁴ Die Sonne befindet sich zur Mittagszeit in einem Stadium des scheinbaren Stillstands. Die Dinge scheinen fast schattenlos nur schier sie selbst. Ist es das Pure, Leere, das dann den Dingen eigen ist, das an ihrer Transzendenz zweifeln läßt? „Der Mönch wird seiner Zelle und Einsamkeit überdrüssig, Unlust, Unrast und Widerwille gegen Meditation und Arbeit überfallen ihn. Er erkennt keinen geistlichen Gewinn und Fortschritt in seiner Lebensform mehr. Deshalb überläßt er sich der Trägheit, erstrebt einen Wechsel seines Klosters, beginnt zu wandern oder sucht die Rückkehr in die Welt.“⁵ Er handelt also (in unserem heutigen Sinn überläßt er sich gerade nicht der Trägheit) und doch ist es die geistige und geistliche Sammlung, der er zu entfliehen sucht und damit trotz oder wegen äußerer Handlung innerer Trägheit Raum gibt. Cassian überträgt die Wüstenerfahrung Evagrius’ auf das Leben der Mönche des Nordens. Acedia wird zum „Wechselfieber“ der „krankenden Seele“, „Verdruß oder Ängstlichkeit des Herzens“, der „Traurigkeit benachbart“. Es ist dem mittelalterlichen Denken eine Gotteslästerung, sich auf das Materielle der Dinge zu beschränken, sie nicht transzendieren zu können, sondern an ihrer dinglichen Erscheinung zu verhaften. In den Dingen, in den Menschen,

3 Jean Starobinski: Geschichte der Melancholiebehandlung von den Anfängen bis 1900. Basel 1960. S. 34

4 zit. nach Günther Bader: Melancholie und Metapher. Philosophische Gedanken zur Bedeutung der Melancholie, Tübingen 1990, S. 9

5 Joachim Ritter (Hg): Historisches Wörterbuch der Philosophie. Band I. Basel 1971, S. 73

in den Erscheinungen der Natur ist das göttliche Wesen gegenwärtig. Im körperlichen oder geistigen Tun liegt die Möglichkeit zum Dialog mit dem Göttlichen der Schöpfung. Acedia macht sich breit beim Müßiggang, Arbeit wird bevorzugtes Heilmittel.

Arbeit ist Tätigsein, das die vorrangige Funktion hat, das Denken in verführerischen, täuschenden Fernen zu vertreiben. „Die Arbeit zerschneidet das gefährliche Zwiegespräch des Gewissens mit seiner eigenen Leere, setzt Widerstände und Hindernisse, bei deren Berührung die Seele ihre eigene Unzulänglichkeit vergessen kann; sie fesselt sie an das Hier, während die Acedia ihr das Loblied auf ein eingebildetes Anderswo singt.“⁶ Deshalb kann Cassian einen Mönch bewundern, der die Ergebnisse seiner Arbeit immer wieder verbrannte und dadurch Grund zur neuen Arbeit finden konnte.

Acedia und Schwarzgalle

In mittelalterlichen Darstellungen wird die Acedia häufig als am Tisch eingeschlafene Gestalt dargestellt und symbolisiert damit Schwarzsehen und Untätigkeit. Die melancholische Verfassung des Menschen war die am meisten gehaßte und gefürchtete. Der Geizhals ist habsüchtig, treulos, gefräßig, boshaft und faul, stets mißvergnügt damit beschäftigt, seinen Geldbeutel fest in der Faust zu bewahren. Er klammert sich an die weltlichen Schätze und glaubt durch deren Aufhäufung im Vorteil zu sein. So gibt auch er volkstümlich figürlich das Temperament des ungeliebten Schwarzgalligen wider.

Gerade die Acedia, ihre Schwärze als Melancholie, hat unmittelbare Verbindung zur ersten Sünde Adams. Hildegard von Bingen schreibt um 1150: „Als Adam das Gute erkannte und durch den Genuß des Apfels doch das Böse tat, da erhob sich im Wechsel dieser Umwandlung in seinem Organismus die Schwarzgalle, die ohne die teuflische Verführung nicht im Menschen wäre, weder im Wachen noch im Schlafen. Traurigkeit und Verzweiflung aber erwachsen erst aus dieser Melancholie, die Adam bei seiner Übertretung empfand.“⁷ Die Schwarzgalle ist noch die körperliche Verbindung zum einstigen Zustand des Paradieses, indem sie in ihrer Schwärze an den verloschenen „Kristall“ des göttlichen Strahlens erinnert: „...das, was jetzt im Menschen als Schwarzgalle ist, leuchtete in ihm auf wie die Morgenröte und hatte in sich das Wissen und die Vollkommenheit aller guten Werke.“⁸ Vielleicht ist deshalb die Sehnsucht des Melancholikers nach dem schuldlosen Urzustand paradiesischer Harmonie besonders stark.

Der lutherische Prediger und Theologe Simon Musaeus (1521–1576) sieht die Melancholie im Gegensatz zu den Humanisten seiner Zeit als Verstoß gegen das erste Gebot. Er wirft dem Menschen vor, sich Gott gleichstellen zu wollen, statt sich selbst zu überwinden und sein Elend zu transzendieren, wolle er in seinem Elend verbleiben, entziehe sein Vertrauen dem großen

⁶ Jean Starobinski, a.a.O., S. 38

⁷ Hildegard von Bingen: Heilkunde. Salzburg 1992, S.220

⁸ ebd., S. 222

Weltenlenker. „...wie eine grausame und schedliche plage die Melancholey sey, wie uns aus dem glauben an Gott in eigene vermessenheit treibe und reisse uns aus seinem schutz und regiment inn das blosse und offene feldt...“⁹

So sind ‚tristitia‘ und ‚acedia‘, Traurigkeit und Trägheit dem mittelalterlichen Denken in erster Linie Verweigerungen, in zwei Welten zu leben, der ewigen göttlichen und der begrenzten menschlichen. Verweigerung, sich der Anstrengung zu unterziehen, dem Schein (Sog) des schier Materiellen sich immer und immer wieder zu entziehen, Verrat an der jederzeitigen göttlichen Präsenz in allen Dingen. Acedia ist die „Flucht des Menschen vor dem Reichtum seiner spirituellen Möglichkeiten“, ein „schwindelndes, geängstigtes Sich-Zurückziehen (recessus) des Menschen von der Bürde seiner Gotteskindschaft.“¹⁰

Der Doppelsinn der Acedia ist den mittelalterlichen Theologen bewußt. Sie ist Sehnsucht und Verzweiflung, wollen und nicht können, Antrieb und Hindernis. Sie ist, wie Johannes Climacus schreibt: „Trauer der Seele und eine Herzensbeklemmung, die stets dasjenige sucht, wonach sie am meisten dürstet; und welches sie, solange sie es entbehrt, ängstlich und mit Jammern und Klagen verfolgt, während es sich ihr entzieht.“¹¹

⁹ zit. nach Roland Lamprecht, a.a.O., S. 47

¹⁰ Giorgio Agamben: *Stanzen*. Zürich 2005, S. 27

¹¹ zit. nach ebd.

*Am Anfang der europäischen Moderne steht der welterschließende Zweifel Decartes',
an ihrem Ende steht die weltabgewandte Melancholie.* PAUL VALÉRY

Frühzeit der Melancholie: die Wunde des Menschen als Schöpfer

Albrecht Dürer hat 1514 einen berühmten Stich gefertigt. Auf ihm ist die Melancholie als Personifikation dargestellt, angelehnt an die damals übliche Ikonographie der christlichen Tugenden. Dürer konzipiert seinen Stich bewußt gegen die zeitgenössisch negativen Darstellungen der Melancholie. Nicht mehr ein alter Geizhals oder eine eingeschlafene Gestalt verkörpert die traurige Haltung der Acedia, sondern ein düsterer, eindrucksvoller Engel sitzt im Mittelpunkt des Bildes.

Dürer war es wichtig, seine Melancholie inmitten der naturwissenschaftlichen Instrumente seiner Zeit darzustellen. Die beherrschende Figur der Melancholia sitzt mit aufgestütztem Kopf nachdenklich umgeben von den Symbolen damaliger Konstruktionskunst in einer imaginären Landschaft. Um sie herum liegen Richtscheit, Hammer, Säge, Schmelztiegel, Waage, Sanduhr, in der Hand hält sie einen Zirkel. Dürer hat alle Instrumente des Messens, des geometrischen Konstruierens ins Bild gesetzt, eine Kugel, einen Rhombus als „Produkte“ rein geistiger Konstruktion. Der gedankliche Raum der geraden oder runden Konstruktionen, der Perfektion zeigt sich vor einem Himmel, der unheilvolle Zeichen enthält. Ein Komet zieht über den Nachthimmel, ein seltsam beflügeltes Wesen hält den Schriftzug des Stiches, das dargestellte Meer scheint in Aufruhr. Ein Regenbogen bringt ein wenig Verheißung in dieses apokalyptische Geschehen. Die Dinge und Anordnungen des Stiches lassen eine Vielzahl von Deutungen zu und es ist nicht wenig über diese Darstellung Dürers spekuliert worden. „Eben dies – die mannigfaltigen, oft unvereinbaren Interpretationsvarianten – gehört zur melancholischen Struktur: die Versenkung, vielleicht das Versinken in das Universum des Denkbaren.“¹² Es ist eine verblüffende Wirkung des Dürer'schen Stiches, daß man im vertieften Betrachten zum Melancholiker werden kann.

Die Künste der Geometrie und der Mathematik, das rein gedanklich abstrakte Konstruieren und Messen ist zu seiner Zeit noch umstritten. Nach aristotelischer Naturphilosophie ist Technik ein Handeln gegen die Natur. „Technik ist Machinatio, das heißt listiges Mittel, das sich vom griechischen ‚mechanomai‘ ‚ich ersinne eine List‘ ableitet.“¹³ Das Reich der sinnlichen Erfahrung ist den mittelalterlichen Philosophen und Theologen erdenfester Ausgangspunkt der metaphysischen Überschreitung und Gotteserfahrung. Wer jedoch an der Welt des Sinnlichen haften bleibt, kann die Sphäre jenseits des Erfahrbaren nicht mehr als ebenso starke Wirklichkeit begreifen. Solches Denken führt zur Melancholie. Der augustinische Theologe und Philosoph Heinrich von Gent (1217–1293): „Was immer sie denken, ist eine Quantität,

¹² Hartmut Böhme: Albrecht Dürer: Melancholia I. Frankfurt 1991, S. 77

¹³ Engelhard Weigl: Instrumente der Neuzeit. Stuttgart 1990, S. 10

oder hat in der Quantität seinen Ort, wie es mit dem Punkt der Fall ist. Daher sind solche Leute melancholisch und werden ausgezeichnete Mathematiker, aber schlechte Metaphysiker, denn sie können ihr Denken nicht über Lage und Raum hinausführen, die die Grundlagen der Mathematik sind.“¹⁴

Das neue Zeitalter: Abstraktion statt Transzendenz

Das Streben nach Sicherheit im berechneten Raum, das am Anfang der Neuzeit steht, ist eine Suche nach Ordnung, nachdem die göttliche kosmische Ordnung aus den Fugen geraten ist. „Die Theologie der frühen Neuzeit, die den alten Bezug von Welt und Mensch zerstörte, ließ es möglich erscheinen, daß die Natur ein Monolog Gottes, daß Welt und Mensch beziehungslose Würfe einer unergründlichen Willkür sein könnten. Mit dieser Möglichkeit zu ‚rechnen‘, sich gegen sie zu sichern und zu behaupten und darin die aufgebrochene Daseinsangst zu bannen, wurde sie zum tiefsten Antrieb des neuen Zeitalters. Nun kam alles auf die Gewähr an, die in der Gewißheit der Erkenntnis und in der ihr entstammenden Beherrschung der Natur allein noch gelegen war.“¹⁵ Die Dinge der Erscheinungswelt sind nicht länger Träger göttlicher Botschaft, sondern berechenbare Ergebnisse menschlicher Verstandeskraft ohne metaphysischen Gehalt. Die Erkenntnisanstrengung des neuen Zeitalters setzt an die Stelle der Transzendenz die Abstraktion. Beide gehen aus der Wirklichkeit der dinglichen Welt hervor, doch sie bewegen den menschlichen Geist fundamental entgegengesetzt: Im Transzendieren wendet er sich dem Göttlichen zu, während im Abstrahieren das Denken zum Menschengemachten strebt.

Jedoch: Der in Abstraktion geordneten, mathematisch konstruierten Welt steht nun das Nichts entgegen. In Dürers Stich wird das Auseinanderfallen beider Bereiche deutlich. Hier die Welt menschengemachter Technik und Wissenschaft (die als zweiter Schöpfer versuchen, göttliche Harmoniegesetze zu entdecken und abzubilden), dort der dunkle Bereich der Vergänglichkeit, Unendlichkeit, des Geheimnisses. Die Sphäre des Göttlichen ist von der Sphäre des Menschlichen getrennt. „Die beunruhigende Frage, die aus dem Hintergrund nach vorne rückt und alles – damit auch alle Symbole des Gleichgewichts, der Ordnung und des Könnens – überschattet, ist diejenige nach dem kosmischen Zusammenhang... Und es kann sein, daß der den nahen Dingen entzogene Blick der Melancholie auch heißt, sich dieser fernsten Ferne gegenüber offenzuhalten, aus der keine Antworten, sondern beunruhigende Zeichen drängen.“¹⁶

Dunkelheit des Nichtwissens

In der Figur des Melancholikers findet diese Zerrissenheit seinen stärksten Ausdruck. Die Helle des Wissens schafft die, nun beängstigende, Dunkelheit des Nichtwissens. Melancholie ist in Dürers Stich der Stillstand im Nachdenken über abstrakte Räume und Zahlen. Im Brüten

¹⁴ zit. nach Erwin Panofsky: Das Leben und die Kunst Albrecht Dürers. Frankfurt 1995, S. 224

¹⁵ Hans Blumenberg, zit. nach Weigl, a.a.O., S. 10

¹⁶ Hartmut Böhme, a.a.O., S. 39

über die Konstruktion hat die Melancholie etwas verloren, sie ist nicht mehr gehalten, nicht mehr unbefragt aufgehoben im göttlichen Universum.

Dürers Melancholie enthüllt ein körperlich-seelisches Zeichen, nämlich Resignation und Traurigkeit als Reaktion auf eine neu empfundene Unordnung. Kunsthistorikern fällt an Dürers Darstellung zuerst das Durcheinander der dargestellten Gegenstände auf.

Es ist Dürer und seinen humanistischen Zeitgenossen durchaus klar, daß sie sich von der hergebrachten eindeutigen Verurteilung der Melancholie als Sünde distanzieren. Zurückgreifend auf Platons Schriften und Aristoteles Ausspruch von der „Melancholie der Besten“ betonen sie die Fähigkeit des Melancholikers als Künstler und feinsinnigem Denker. Melanchthon spricht von der „edelsten und hochherzigsten Melancholie Dürers“¹⁷ Der Philosoph Ficinus (1433-1499) ist selbst im Zeichen des Saturn, des über die Melancholie regierenden Planeten, geboren. Er leidet unter seinem Unglücksstern als „äußerst Bitterstes“ und identifiziert sich mit seiner Melancholie als „einzige und göttliche Gabe“¹⁸

So wird der Melancholiker Anfang des 16. Jahrhunderts zur Leitfigur des neuen Wissenschaftlers, der sich der Einbußen und Kosten seines Wissens durchaus bewußt ist.

Saturn herrscht über Zimmermann und Steinmetz. „Als Gott des Ackerbaus hatte Saturn auch die Abmessungen und Mengen der Dinge zu überwachen und besonders die Aufteilung des Landes. Dies ist genau die ursprüngliche Bedeutung des griechischen Wortes geometria, und es überrascht uns nicht, wenn wir in verschiedenen Handschriften des fünfzehnten Jahrhundert die Feldgottattribute Saturns um einen Zirkel vermehrt finden.“¹⁹

Die Weisheit der Renaissance

Im Jahr 1514, als Dürer seine *Melancolia* malt, veröffentlicht Nikolaus Kopernikus seine ersten Annahmen über das Sonnensystem. Seine Berechnungen lassen nur Schlüsse zu, die die Perspektive auf die Welt komplett umdrehen und die Sonne ins Zentrum des Kosmos setzen, mit anderen Worten die gesamte bestehende Weltordnung auf den Kopf stellen.

Das abstrakte Berechnen hatte bereits seine handfesten Anwendungen gefunden, bevor Dürer seinen Stich fertigte. Während Dürers Absicht darin bestand, herauszufinden, was „Schönheit“ sei, hatte die mathematische Konstruktion schon in ganz anderen Bereichen seinen Nutzen für die Mächtigen erwiesen: 1420 war das Schießpulver in gekörnter Form „entdeckt“ und für die Artillerie nutzbar gemacht worden. Geometrische Berechnungen der Kanonenlänge, ihres Aufstellwinkels und des anvisierten Ziels wurden schlachtentscheidend.

¹⁷ Hartmut Böhme, a.a.O., S. 46

¹⁸ ebd., S. 63

¹⁹ Erwin Panofsky, a.a.O., S. 224



Die Renaissance ist die „goldenen Zeit“ der Melancholie. Alle Künste, die ebenfalls unter dem Planeten der Melancholie stehen, sind hoch geschätzt. Raffael, der sich in seinem Bild „Schule der Philosophen“ in melancholischer Haltung in den Vordergrund gemalt hat, Dante, Leonardo, Dürer – sie alle haben die Melancholie zum Gegenstand ihrer Kunst gemacht. Die Künstler mühen sich, die Welt in ihrer Wirklichkeit und Wahrheit abzubilden, doch aus der Unendlichkeit der Möglichkeiten ist es ihnen stets nur gewährt, ihre begrenzte, individualisierte Sicht auf die Leinwand zu bannen. „Um die Wirklichkeit zu imitieren, müssen die Künstler von der Wirklichkeit abstrahieren.“²⁰ Die Melancholiker des 15. und 16. Jahrhunderts wissen, daß ihre Versuche vergeblich sind. „Den Melancholiker der Renaissance kennzeichnen gleicherweise heldenhafte Kraftanstrengung und ein Sichdreinfinden, Wille und Einsicht, das alles zerstörende ‚Trotzdem‘, und das alles akzeptierende ‚Doch Nicht‘.“²¹ Hier berühren sich die mittelalterliche Acedia und die Renaissance-Melancholie: Der Künstler, der das Ungreifbare wirklich machen will, leidet ebenso an der Undurchführbarkeit seines Unternehmens, wie der Mönch, der mehr herbeisehnt, als in seinen beschränkten Kräften liegt.

In der Renaissance wird der Mensch zum Schöpfer, zum Individuum, zum Genius. Der Begriff des Genies kommt nach alter aristotelischer Tradition wieder zu Ehren. „Genius“ bedeutet ursprünglich Zeugung, Hervorbringung – göttlicher Schöpfungsakt (Genesis). Nun wird der Mensch Schöpfer, autonomer Schöpfer von immer Neuem. Der Preis, den er bezahlt, ist sein Leiden an der Melancholie.

²⁰ Lázló Földényi: Melancholie. Berlin 2004, S. 164

²¹ ebd., S. 158

Aufklärung: Melancholie ist der Vernunft zuwider

Im Zeitalter der Aufklärung sollte es mit der geschätzten Melancholie vorbei sein.

„Der Melancholiker der Renaissance hatte noch die Hoffnung, aus eigener Kraft eine Welt schaffen zu können, die ihm folgenden Melancholiker konnten nicht mehr bis zu diesem Glauben vordringen, lediglich bis zur Einsicht der Vergeblichkeit und Unmöglichkeit des Schaffens einer Welt.“²² Robert Burton hat 1651 ein umfangreiches Werk zur Melancholie verfaßt. Vom Genius Melancholie ist hier weniger die Rede, als von einer Krankheit, die jeden befallen kann. „Unser Melancholiker, so sage ich, ist der Gipfel des menschlichen Unglücks, seine Quintessenz und sein Endpunkt; alle anderen Leiden sind ihrem Umfang nach, vergleicht man sie damit, nichts als Flohbisse, sie ist der Kern von allen.“²³ „Julius Caesar Claudimus nennt es ‚die Quelle aller anderen Gebrechen und so epidemisch in diesem verrückten Zeitalter, daß kaum einer unter tausend davon verschont bleibt.‘“²⁴ Einsamkeit und Müßiggang erklärt Burton zu den Hauptursachen der Melancholie. „Die engste Verwandte des Müßiggangs, seine ursächliche Begleiterin, die Hand in Hand mit ihm auftritt, ist *nimia solitudo*, übermäßige Einsamkeit...“²⁵

Der absolutistische Staat durchzieht seine Welt mit Institutionen und Anordnungen. Dem Melancholiker bleibt nur noch der Raum der Innerlichkeit und die Trägheit der Verweigerung. „Der Melancholiker entflieht nunmehr nicht der Welt, sondern sucht sich innerhalb ihrer ein ruhiges Plätzchen. ... er ist vor allem niedergeschlagen, ruhig, in sich zurückgezogen, kraftlos und untätig.“²⁶ Die raffinierte und ausufernde höfische Etikette ist der Ausdruck einer genau festgelegten Ordnung. Langeweile wird zum Thema des 17. Jahrhunderts. Pascal sagt, der Mensch werde in der Langeweile „sein Nichts fühlen, seine Verlassenheit, seine Ohnmacht und seine Leere“²⁷. Langeweile und Müßiggang werden zu Insignien eines untergehenden Adels – die ihnen entsprechende Melancholie zur schwächlichen, kränklichen Konstitution. Für das Zeitalter der Aufklärung spricht Lepenies von einem regelrechten Melancholieverbot²⁸. Einsamkeit, Rückzug, Hypochondrie – dies alles waren besorgniserregende Verhaltensweisen in einer durch und durch von der Vernunft regierten Welt. Sie waren verdächtig, die aufgestellte neue Ordnung in Frage zu stellen. So sollte sich die Melancholie, die zu einer der ersten Denkerfiguren der Neuzeit geworden war, zu einem Pferdefuß der eben geschaffenen Ordnung entwickeln. Der Melancholiker, der durch sein Denken der abstrakten Form und Konstruierbarkeit

22 Lázló Földényi, a.a.O., S. 185

23 Robert Burton: Die Anatomie der Melancholie. Mainz 2001, S. 189

24 ebd., S. 65

25 ebd., S. 125

26 Lázló Földényi, a.a.O., S. 196

27 zit. nach ebd., S. 199

28 vgl. Wolfgang Lepenies: Melancholie und Gesellschaft. Frankfurt 1969/1998

maßgeblich die Rolle des „zweiten Schöpfers“ angetrieben hatte, sollte nun zum Opfer der menschengemachten Ordnung werden. Durch den melancholischen Blick in die Dimension der Unendlichkeit, der Vergänglichkeit, bleibt dem Melancholiker die Erkenntnis der Vergleichen menschlichen Strebens nicht verborgen. Und das macht ihn in einer Zeit des Voranschreitens zum Hemmschuh der Entwicklung.²⁹

²⁹ Shakespeares Hamlet zeigt diesen Konflikt beispielhaft. „Ihm ist was im Gemüt, worüber seine Schwermut brütend sitzt.“ Hamlet ist die Figur des zweiflerischen Grüblers, Kritiker seiner Zeit, der scheitern wird. Die Fähigkeit tiefempfundener Traurigkeit ist Erkenntnisfähigkeit und auch die Auseinandersetzung mit den zerstörerischen gesellschaftlichen Triebkräften. Gleichzeitig jedoch ist genau diese geistige Durchdringung eine Verhinderung des Tuns.

Ich bin die Umgebung einer nicht vorhandenen Ortschaft, der weitschweifige Kommentar zu einem Buch, das nicht geschrieben worden ist. Ich bin niemand, niemand. Ich vermag nicht zu fühlen, vermag nicht zu denken, vermag nicht zu wollen. Meine Seele ist ein schwarzer Mahlstrom, ein weites Taumeln rings um die Leere, Bewegung eines endlosen Ozeans rund um ein Loch im Nichts, und in den Gewässern, die eher ein Kreisen als Gewässer sind, treiben die Bilder von allem was ich auf der Welt gesehen und gehört habe, strudeln Häuser, Gesichter, Bücher, Kisten, Spuren von Musik und Silben von Stimmen in einem düsteren, unauslotbaren Wirbel... FERNANDO PESSOA, 1931

19. Jahrhundert – das kurze Leben der Melancholiker

Im 19. Jahrhundert scheint die Melancholie als Lebensgefühl in der Kunst so weit verbreitet, daß man den Eindruck gewinnt, sie werde nahezu ersehnt und gesucht. „Es gibt nichts, worin der Melancholiker einen Halt finden kann, und er hat das Gefühl, als habe das Sein ihn aus sich hinausgespien; er wähnt, sein Leben sei ein schicksalhafter Fehler, ein Fehler der Vorsehung, weswegen er das ganze Dasein verdammt. ... Die unendliche Entleerung, eine Folge des Entei-netseins, macht seine Einsamkeit unerträglich, aber nur er weiß, wessen er beraubt worden ist: Für ihn ist der Mangel eine Art von Erfüllung, gelangt er doch, sich verlierend, zu sich zurück, als ein immer mehr verblassender Abdruck seines Ichs.“³⁰

Caspar David Friedrichs „Mönch am Meer“ steht klein und einsam in der unendlichen, unheimlichen und übermächtigen Natur. Die Romantiker des 19. Jahrhunderts idealisieren die Natur, um der Welt, wie sie gemacht wurde, zu entgehen. „Wir suchen überall das Unbedingte und finden immer nur Dinge“, sagt Novalis.³¹ Gott ist tot und der bestürzende Ernstfall eines kalten und zufälligen Universums treibt die Romantiker an die Grenze des Aushaltbaren. „Die gegenüber der Welt erstrittene Autonomie zerbröckelt langsam. Die Genies werden schrittweise zu Wahnsinnigen, ergrauen in ihrer Genialität oder gehen an ihr zugrunde.“³² Novalis starb mit 28 Jahren, Büchner wurde 23, Kleist beging mit 34 Jahren Selbstmord, Shelley wurde 29, Hauff 24 – Hölderlin, Lenz und Lenau endeten im Wahnsinn. Das Erkennen der Endlichkeit empfanden sie als tragisch, das Unendliche als beglückend. Alle göttliche Ordnung war zusammengefallen, wo noch eine Grenze sehen zwischen Seele und Natur, Leben und Tod, Gesundheit und Krankheit?

Nietzsche schreibt an Peter Gast: „Ich bin ruhig, aber von der schwärzesten Melancholie. Mein Leben ist mir in allen Fundamenten mißraten. Ich empfinde das jeden Augenblick.“³³ Das Leiden an der Melancholie ist im 19. Jahrhundert kein wehleidiges, sondern ein wagemutiges –

³⁰ Lazló Földényi, a.a.O., S. 362

³¹ zit. nach ebd., S. 235

³² ebd. S. 232

³³ Friedrich Nietzsche, zit. nach Hubertus Tellenbach: Schwermut, Wahn und Fallsucht in der abendländischen Dichtung. Stuttgart 1992, S. 37



häufig gepaart mit ausnehmend ausgeprägter Lebenslust und Heiterkeit. „Ich komme gerade aus einer Gesellschaft, wo ich die Seele war, Witze strömten aus meinem Mund, alle lachten, bewunderten mich – aber ich ging – ja, dieser Gedankenstrich müßte ebenso lang sein wie der Radius der Erdbahn – ich ging hin und wollte mich erschießen.“³⁴ Das beschreibt Kierkegaard, der zeitlebens von tiefer Schwermut begleitet war.

Kierkegaards Schwermut

Kierkegaards kennt den Hang seiner Zeit zur Melancholie nur zu gut, er durchschaut ihn und urteilt: „Was also ist Schwermut? Sie ist des Geistes Hysterie ... Indes Schwermut ist Sünde, ist eigentlich eine Sünde instar omnium, denn es ist die Sünde, nicht tief und innerlich zu wollen, und dies ist eine Mutter aller Sünden.“³⁵ Entgegen all denen, die meinen, aufgrund schlechter Verdauung schwermütig zu sein („etwas, das in unsrer Zeit oft genug zu sehen ist, sintemal es beinahe eine von allen begehrte Würde ist, schwermütig zu sein“³⁶) hält Kierkegaard die Schwermut für ein Merkmal der „meistbegabten Naturen“³⁷. Die Schwermut liegt im Geist und der Geist kann sie beheben, wenn er zu sich selbst findet. In seinem Dialog mit einem begabten jungen Mann beschreibt er dessen Schwermut als vorzüglich ästhetische Haltung zum Leben. Er begibt sich in die Schwermut, um aus der wirklichen Befassung mit der Welt zu fliehen, möchte sich nicht einlassen auf Orte, Menschen oder Ereignisse aus einer Haltung des Stolzes und der Überheblichkeit.

„Im Übrigen bist Du müßig, Du stehst, gleich jenen Arbeitern im Evangelium, müßig am Markte, oder steckst die Hände in die Taschen und betrachtest das Leben.“³⁸ Längst ist aus dem Melancholiker, der die Ordnung braucht, um sich vor göttlicher Willkür zu schützen und dabei die Unordnung als Nichts erliden muß, derjenige geworden, der der Ordnung überdrüssig ist. Sie hat Risse und Schrammen bekommen, gezeigt, daß sie nicht taugt, um dem Abgrund zu entgehen. „Du schwebst über Dir selbst, und unter Dir erblickst Du eine Vielfalt von Stimmungen und Zuständen, welche Du verwendest, um interessante Berührungen mit dem Leben zu finden.“³⁹ Jedoch diese Berührung gelingt nicht, denn jede Tätigkeit, jedes Vergnügen vermag nicht einzudringen in die Theorie des Schwermütigen, daß er fertig ist mit der Welt, daß die Endlichkeit nicht zu befriedigen weiß und daß alles vergebens ist. „Du bist wie eine Gebärende und doch hältst Du immerfort den Augenblick zurück und bleibst immerfort im Schmerz.“⁴⁰ Für Kierkegaard ist es eine menschenmögliche und verpflichtende Entscheidung: entweder immer in Potentialität zu verbleiben, nur keinen ernsthaften Kontakt zum Faktischen aufzunehmen oder diesen Geist gebrauchen, um sich selbst zu binden an eine „ewige Macht“, in

34 Sören Kierkegaard, zit. nach. ebd., S. 34

35 Sören Kierkegaard: Entweder-Oder. München, 2003. S. 741/742

36 ebd.

37 ebd.

38 ebd., S. 750

39 ebd., S. 754

40 ebd., S. 762

deren Angesicht einzig es möglich ist, sich selbst zu empfangen, „als der, der man ist“. Kierkegaards Aufforderung des Entweder-Oder ist sicher keine Aufforderung zur modernen „Selbstfindung“. Er tadelt eine Haltung, die die Welt und die Menschen verachtet und dabei den Augenblick der echten Begegnung verpaßt.

Täglich mußte sich Kierkegaard mit seiner Schwermut plagen. „... man kann, was man will, nur eines nicht, alles andere sonst unbedingt, eines aber nicht, die Schwermut nicht beheben, in deren Gewalt ich war.“⁴¹ Kierkegaards Schwermut ist der stete Schatten des Selbstzweifels, der ihn zur bedingungslosen Konfrontation mit dem Verfehlen seiner Seinsmöglichkeiten treibt.

Süße Melancholie

Die Melancholie des 19. Jahrhunderts entspringt schmerzlicher Empfindsamkeit gegenüber einer Welt, die nur noch Objektives gelten lassen möchte, die im Taumel der Industrialisierung Natur und Menschen verzweckt und gebraucht. Enttäuscht und angeekelt von der Welt gibt es kein Ganzes, nach dem zu streben wäre. Der einmalige Einzelne und seine unendliche Innerlichkeit sind die einzige Realität. Novalis: „Wir träumen von Reisen durch das Weltall - ist denn das Weltall nicht in uns?“⁴² Die melancholischen Künstler sind keine Revolutionäre. Sie versuchen, ihre Ablehnung der gemachten Welt in der Geste der Gleichgültigkeit und Traurigkeit zu formulieren. Damit erheben sie sich über die Welt und scheitern an ihr.

„Das Mißverhältnis zwischen der Unendlichkeit der Welt und der Endlichkeit des Menschen ist ein ernster Grund zur Verzweiflung; betrachtet man es indessen aus einer traumhaften Perspektive, wie sie in den melancholischen Zuständen vorkommt, so hört es auf, marternd zu sein, und die Welt erglänzt in unheimlicher und krankhafter Schönheit. ... Die Welt wird als Schauspiel betrachtet und der Mensch als Zuschauer, der dem Verlauf gewisser Aspekte passiv beiwohnt.“⁴³ Hier beschreibt Cioran den Zustand der „süßen Melancholie“, der dem tragischen Ernst der Verzweiflung entkommt - Melancholie als Selbstrettung.

Der Melancholiker kann sich, er will sich nicht hineinziehen lassen, will in Gelassenheit das Schauspiel an sich vorüber gleiten lassen. Das kann er genießen. Echten Schmerz empfindet er nicht, seine Haltung zum Leben ist ästhetisch. Im Grunde ist die süße Melancholie Dasein „unter dem Niveau des Lebens“⁴⁴.

⁴¹ Kierkegaard, zit. nach Tellenbach, a.a.O., S. 31

⁴² Lázló Földényi, a.a.O., S. 242

⁴³ E. M. Cioran: Auf den Gipfeln der Verzweiflung. Frankfurt 1989, S. 118/119

⁴⁴ ebd.

Melancholie untauglich für die Moderne

Andererseits: Der Melancholiker beabsichtigt nichts. Er ist nicht mehr der Planer, Macher, Erbauer, Veränderer oder Zerstörer. Er ist poetisch und anmutig. Er empfindet die Zeit als Zeit zum Tode. Er erspart sich nicht das Bewußtsein der eigenen Endlichkeit. Er scheint untauglich für das „Projekt Moderne“.

Melancholie wird zur unerfreulichen und unerwünschten Eigenschaft in der bürgerlichen Gesellschaft. Gleichgültigkeit und Faulheit sind Vorwürfe, die den Melancholiker innerhalb einer national gesinnten Arbeitsgesellschaft zum Außenseiter machen. „Faulheit“, darauf macht Földényi aufmerksam⁴⁵, kommt vom Mittelhochdeutschen ‚vulheit‘ - Fäulnis: Das verdorbene Sein, der Zerfall, die Vernichtung. Schlegel nennt sie „gottähnliche Kunst“, weil Zerfall und Entstehung sich ergänzen und einander bedingen. Der Faule widersetzt sich dem dauernden Entstehen, dem Neuen und immer Neuen. (Heute spricht man nicht mehr von Faulheit, vielmehr von „Handlungsunfähigkeit“ - nicht einmal mehr zur Verweigerung darf der Mensch in der Lage sein)

Hier genau setzt die medizinische Verfolgung ein. Im 19. Jahrhundert wird Melancholie zu einer *der* großen Geisteskrankheiten erklärt.

⁴⁵ vgl. Földényi, a.a.O., Fußnote S. 203

KAPITEL 2

DAS PROBLEM DER SEELE

Ursprung des Begriffs Depression

Will man sich über den allgemeinen Lexikonbestand an den Begriff der Depression herantasten, fällt auf, daß sich seine medizinische Bedeutung erst in den letzten 30 Jahren des 20. Jahrhunderts vollständig durchsetzte. In Meyers Lexikon von 1976 steht die medizinische Erklärung an erster Stelle. Bis ins Jahr 1833 taucht „Depression“ in keinem deutschen Wörterbuch auf und im Jahr 1833 auch in unerwarteter Weise. „Depression, bei der Artillerie: die Richtung des Geschützes aus der Höhe in die Tiefe“¹. Kluges ethymologisches Wörterbuch erklärt den Begriff als Ableitung der lateinischen Bezeichnung für „nieder“ (de) „drücken“ (premere/pressum). So konnte Depression vieles bezeichnen: die Senkung von Flüssigkeiten in Haarröhrchen (Physik), den niedrigen Barometerstand (Meteorologie), „negative“ Höhe in der Astronomie oder wirtschaftliche Flaute.

Um den Ursprung der Depression als medizinischen Begriff zu orten, muß man schon 250 Jahre in der Geschichte zurückgehen. Es ist der schottische Arzt William Cullen (1710-1790), der zum ersten Mal im Zusammenhang mit dem menschlichen Körper von „Depression“ schreibt. Er entwirft eine Nervenmechanik: Durch den Körper ziehen sich die Nerven, die den sogenannten „Nervensaft“ enthalten. Seine unterschiedliche Beweglichkeit ist vom Druck in den Hirngefäßen bewirkt. „Excaltation“ bedeutet Druckerhöhung, „Depression“ heißt erniedrigter Druck. Ein so verminderter Tonus der Hirngefäße, der eine Verlangsamung der Fließgeschwindigkeit des Nervensaftes bewirke, könne zur Melancholie führen. Die vom Nervensaft

¹ „Depression, bei der Artillerie: die Richtung des Geschützes aus der Höhe in die Tiefe, daher der Elevation entgegengesetzt. Die Laffetten gestatten bei der gewöhnlichen Einrichtung der Laffette und Richtmaschine keinen größern Winkel als 8-10 Grad unter den Horizont zu richten; auf hohen Bergfestungen ist dies jedoch nicht hinreichend, und es ward in der Belagerung von Gibraltar durch den engländischen Artillerielieutenant Köhler eine besondere Depressionslaffette erfunden, deren doppeltes Rahmengestelle sich hinten zwischen zwei eisernen Stützen hoch und niedrig stellen läßt, um das Geschütz durch untergeschobene Keile in der ihm gegebenen Senkung zu erhalten. Auf dem Rahmen, der sich vorn um einen Drehbolzen bewegen läßt, liegt ein nach der Form des Rohres oben ausgeschnittener Block auf 4 niedrigen Rädern, vermittelt der das Geschütz seinen Rücklauf hat. Die Bedienung des Geschützes auf diesem Gerüste ist leicht und kann bei der vierundzwanzigpfündigen Kanone bequem von 4 Mann verrichtet werden.“

verursachten Krankheiten nennt Cullen „Neurosen“.² So hat Cullen vom Standpunkt der Physiologie aus gleich zwei Schlüsselbegriffe der späteren Psychiatrie geprägt. Der Begriff „Depression“ wurzelt in den Anfängen der Nervenphysiologie und ihrem Versuch, die mechanische oder chemische Kraft „dingfest“ zu machen, die den Menschen „antreibt“. Mit der Psyche hatten diese frühen Untersuchungen gar nichts zu tun. „In seinen begriffsgeschichtlichen Ursprüngen bezeichnet der Depressionsbegriff also kein psychologisches Phänomen, sondern eine funktionelle Veränderung des organischen Substrats.“³ Mit der Übernahme nervenphysiologischer Begrifflichkeiten in die „Seelenheilkunde“ beginnt die beharrliche Anwesenheit der Depression in der Medizin.

² Alle Krankheiten beruhen nach Cullen auf einer Störung des Nervensaftes, sind demnach Neurosen. Zum Kriterium wird Cullen v.a. die Beweglichkeit, also die Dynamik des Nervensaftes. Dörner interpretiert das als modernen Blick auf den Menschen als vorzugsweise arbeitendes Wesen. (vgl. Klaus Dörner: *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie in der Psychiatrie*. Frankfurt 1984, S. 54)

³ Michael Schmidt-Degenhard: *Melancholie und Depression. Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1983, S. 13

Seelenheilkunde als Naturwissenschaft

Das Konzept des modernen Körpers

Eine gesonderte „Seelenheilkunde“ existiert zu Cullens Zeiten noch nicht. Diese kristallisiert sich erst heraus, als mit der neuen Produktions- und Lebensweise des frühen Kapitalismus auch der „moderne Körper“ geschaffen wird. Wie in der aufkommenden Industrialisierung der Mensch als schiere Arbeitskraft zum Berechnungsfaktor ökonomischen Gewinns wird, so rückt bei der Betrachtung seines Körpers dessen Funktionalität in den Mittelpunkt des Interesses. In der Medizin schlägt sich die soziale „Entdeckung“ des „homo oeconomicus“ in der beschreibenden und gezeichneten Anatomie der inneren Leibes„maschine“ nieder. In der medizinischen Beschreibung der Wirkungsweisen von Muskeln, Sehnen und Organen werden die Unterschiede des Geschlechts, des Standes, der Lebensumstände oder der Region des je einzelnen eingefleischten Menschen genichtet; insofern abstrahieren medizinische Lehrbücher und Darstellungen stets vom jeweils existierenden Körper und schaffen „den“ Körper. „Die Körper-Aura wird ausgelöscht.“⁴ Der bürgerliche Körper ist der Körper des Individuums, weshalb nun überhaupt erst eine betonte Trennung von Außen und Innen bedeutsam wird.⁵ Auch die sorgsame Absonderung der einzelnen Teile des Körperinneren – das Blut verläuft in eigenen Bahnen, jedes Organ hat eine spezifische Aufgabe zu erfüllen etc. – ist Ergebnis einer rationalen Ordnung, der arbeitsteiligen „Produktion“ von Überleben. Wenn der Körper in dieser Weise betrachtet wird, stellt die Existenz der Seele eine echte Irritation dar, denn sie scheint zu einer ganz anderen Seinsordnung zu gehören. So ist die Absonderung

einer Seelenwissenschaft, die Konstruktion von „Seelenkrankheiten“ – beides Entwicklungen im Laufe des 18. Jahrhunderts – eine Konsequenz zur „Rettung“ des schieren Körpers. Ohne die Dichotomie von Körper und Seele ist der moderne Körper nicht denkbar.

In gewisser Weise bildet der „neue“ Körper die einschneidenden sozialen und gesellschaftlichen Umwälzungen ab. 1785 wird in Preußen die erste Dampfmaschine eingeführt. Die Auflösung der ländlichen Welt, insbesondere der Subsistenzwirtschaft, hatte längst begonnen. Ende des 18. Jahrhunderts gehören die meisten Menschen, die auf dem Land leben, zu den Landlosen oder Zwergbesitzern.⁶ In den großen Städten Europas siedelte sich Armut an. Von 1750

4 Barbara Duden: *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730.* Stuttgart 1991. S. 29. Welche Auswirkungen es auf die Selbstwahrnehmung hat, wenn Frauen nicht mehr vom „Schoß“ sprechen können, sondern von Gebärmutter und Eierstock, untersucht Duden u.a. in ihrem Buch.

5 Der moderne Körper ist auch der Körper als Besitz, über den man herrscht und den man bewirtschaften muß. Barbara Duden schreibt: „Die Momente, die zur Neuschöpfung des Körpers beitragen, sind außerordentlich komplex und sowohl hinsichtlich ihrer Durchsetzung als auch in Bezug auf die in ihnen verkörperten Sozialbeziehungen kaum hinreichend erforscht.“ (ebd., S. 12)

6 vgl. Hans-Ulrich Wehler: *Deutsche Gesellschaftsgeschichte. 1700–1815.* München 1996, S. 170 f. „Als typisch für diesen Trend kann man die Bedingungen in der Oberlausitz betrachten: 1777 standen in der Stifths Herrschaft Marienstern den 30,6 % Bauern 69,4 % Gärtner und Häusler gegenüber...“ (S. 171)

bis 1790 steigt die Eisenproduktion in Europa von 250 000 Tonnen auf 600 000 Tonnen an⁷, was ein Licht auf das Tempo der frühindustriellen Entwicklung wirft. 1782 existierten in Berlin 17 Prozent Lohnarbeiter, 1800 waren es bereits 23 Prozent. Ein Drittel der Einwohner Berlins erhielt um diese Zeit Armenunterstützung.⁸ Elendsviertel entstanden, die nicht nur als Krankheitsherde gefürchtet waren, sondern auch zur Unterbindung von Unruhe und Aufstand durch Wachtposten von der übrigen Stadt getrennt wurden. Armenhäuser dienten als Zwangsarbeitsstätten für gleichermaßen Kriminelle, Arme, Irre, Vagabunden oder Waisenkin- der. Aus ihnen entstanden im Lauf der Zeit die getrennten Institutionen: Zuchthäuser, Indus- trieschulen, Irrenanstalten und Hospitäler.

Mediziner treten zu Beginn der bürgerlichen Revolution als medizinische „Policey“ auf, die Begriffe wie „Gesundheit“ und „Hygiene“ zu Normen guter Lebensführung erklärt – zunächst noch unter dem Widerstand der Unterschichten gegen die Entmächtigung ihres traditionellen Leibverständnisses. „Es ist schwer, „Leute, welche der Ärzte und Wundärzte bedürftig sind, für ihre Heilung empfänglich zu machen“, heißt es in einem Zirkular der würz- burgischen Schulkommission 1793, und man beklagt die Mühe, „so schädliche Selbst-Cur und den Gebrauch der sogenannten Hausmittel zu vertilgen“.⁹

Medizin ist diejenige Naturwissenschaft, die den Menschen zum Objekt hat. „Die Natur- wissenschaften, die für die Entfaltung der Ökonomie zuständig waren, wurden jetzt die bür- gerlichen Wissenschaften par excellence, die Wissenschaft der ‚Befreiung‘ – der Produktiv- kräfte.“¹⁰ 1618 veröffentlichte Harvey seine Erkenntnisse über den doppelten Blutkreislauf mit dem Herzen als „Pumpe“, 1663 wies Stenonis nach, daß das Herz ein Muskel sei. 1661 begann die mikroskopische Anatomie, die Vorgänge der Befruchtung wurden aus dem Dunkel des Leibes ans Licht gebracht. 1664 schließlich legte Thomas Willis eine Anatomie des Gehirns und der Nerven vor, mit der im Wesentlichen die anatomische Erschließung des menschlichen Kör- pers abgeschlossen war. Descartes vergleicht die Funktion des Körpers mit einem Uhrwerk. Noch fragt man sich, wie die menschliche „Mechanik“ funktioniert, welche Kraft sie antreibt. Die alte humorale Säftelehre¹¹, die seit mehr als 2000 Jahren Körper und Krankheit interpre- tiert hat, ist im neuen Modell des mechanischen Körpers nicht mehr brauchbar, denn die Säfte sind als Einheiten nicht nachweisbar, sondern zerfallen im physikalischen und chemischen Versuch in Einzelteile. „Festgenagelt als vorliegende Substanzen war ihnen ihr Rang als Prin- zipien geraubt. Bei näherer Betrachtung erwiesen sie sich als nicht einheitlich, sondern viel-

7 Zahlen aus Fernand Braudel: Der Alltag. Sozialgeschichte des 15.-18. Jahrhunderts. München 1986, S. 413 f.

8 Hans-Ulrich Wehler, a.a.O., S. 197 f.

9 Barbara Duden, a.a.O. S. 32

10 Klaus-Jürgen Bruder: Zwischen Kant und Freud. In: Gerd Jüttemann, Michael Sonntag, Christoph Wulf (Hg.): Die Seele. Ihre Geschichte im Abendland. Weinheim 1991, S. 321

11 In der Medizin wurden den vier Elementen Feuer, Luft, Erde, Wasser sogenannte Temperamente und Säfte des Körpers zugeordnet: Dem Feuer der Choleriker, die helle Galle; der Luft der Sanguiniker, das Blut; der Erde der Melancholiker, die schwarze Galle; dem Wasser der Phlegmatiker, der Schleim. (siehe Exkurs)

fältig, und eingespannt in die Frage ‚Bestandteil oder Verbindung?‘ zerfielen sie.“¹² Lamettrie veröffentlicht 1748 seine Schrift „Der Mensch eine Maschine“. Damit wurde das Theoriekonzept eines neuen Körpers vorgelegt. Krankheiten wurden als Funktionsstörungen der „Maschinenteile“ erklärbar und die Nosologie richtete sich danach aus. Die ersten Klassifizierungssysteme entstehen. „Es ist vielsagend und bezeichnend, daß, nachdem die Medizin über Jahrhunderte weg verkündet hatte, daß eine jede Krankheit eine individuelle Erscheinung sei, man vom 17./18. Jahrhundert an beginnt, über allgemeine, unpersönliche Krankheiten zu sprechen.“¹³

Exkurs

Was ist schwarze Galle?

Schwarze Galle entstammt der Welt der Analogie. Für den heutigen naturwissenschaftlichen Verstand ein geheimnisvoller Begriff und kaum zu erfassen. Schwarze Galle ist kein Element, keine Substanz, sie hat keinen Entstehungsort im menschlichen Körper. Schwarze Galle ist wie Erde, aber nicht irgendeine Erde, sie ist wie zerfallende, trockene Blätter im Herbst, sie verbindet sich nicht mit etwas anderem, grenzt sich ab. Sie ist schwer und strebt zum Zentrum. Ihre Farbe ist auch erdig, bleigrau, dunkelbraun. Schwarze Galle ist kalt. Im Körper lokalisiert sie sich im Bauchraum. Ihr Kardinalorgan ist die Milz. Der sie beherrschende Planet ist Saturn. Saturn, auch Chronos genannt, Gott des Dunklen, Kalten, Schweren – Gottheit der Zeit. Baumeister, Steinmetz, Zimmermann gelten als saturnische Berufe, denn sie bedienen sich der Geometrie und Mathematik.

Seit Platon sind die vier Elemente Feuer, Erde, Wasser und Luft die Medien, in denen die Begegnung mit dem Anderen der Natur „buchstabiert“ wird. Wasser ist nicht das Element Wasser, sondern besteht ebenfalls in einer Mischung aus allen vier Elementen. Die vier Elemente sind Prinzipien, die einzig und allein unser Spüren kennt. Der hervorragendste menschliche Sinn ist nach Aristoteles der Tastsinn. Er beschreibt aber nicht den eingeschränkten Tastsinn über die Haut, sondern das Organ des Tastsinns ist das Fleisch. Das griechische ‚haptetai‘ (haptisch) meint nicht „berühren“, sondern „spüren“^a. Wir spüren die Dinge warm, kalt, trocken, feucht, weil wir aus eben diesen Eigenschaften bestehen.

„Die 4-Elementenlehre ist nicht eine Theorie der Natur als dem Ganzen des Seienden oder des Seienden als eines solchen. Sie ist zwar umfassend, insofern sie immer eine Theorie der Natur unter Einschluß des Menschen ist, aber sie ist eine Theorie der Natur als des sinnlich wahrnehmbaren...“^b

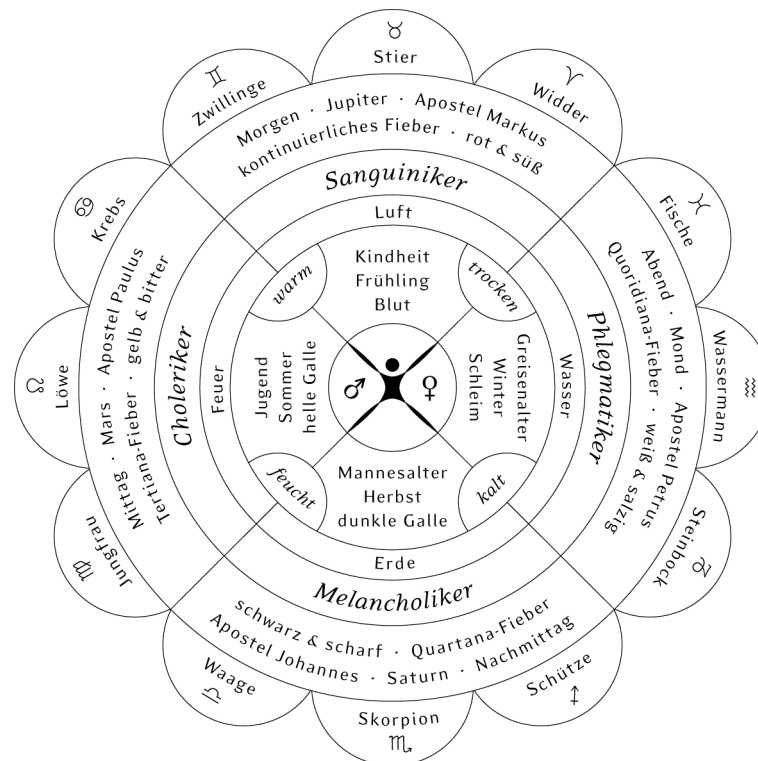
Entsprechend der vier Elemente gibt es vier Säfte im menschlichen Körper. Blut (Sanguis) entspricht dem Element Luft. Gelbe Galle (Cholus) entspricht dem Wasser, Schleim (Phlegma) ist dem Feuer zugeordnet, Schwarze Galle (melan cholus) der Erde. Diese schwarze Galle ist mittelalterlicher Theologie zufolge der unerfreulichste, gefürchtetste Saft, Mahnung an die Erbsünde: „Als Adam das Gute erkannte und durch den Genuß des Apfels doch das Böse tat, da erhob sich im Wechsel dieser Umwandlung in seinem Organismus die Schwarzgalle... dies geschah so, wie die Helligkeit schwin-

¹² Gernot Böhme, Hartmut Böhme: Feuer, Wasser, Erde, Luft. Eine Kulturgeschichte der Elemente. München 2004, S. 140. Letztlich war es Lavoisier, der 1781 sowohl die Zusammensetzung von Wasser, als auch von Luft beschrieb und damit beiden den Status von Elementen absprach. Feuer hielt sich als eigenständiges Element noch ein wenig länger, bis ihm endgültig durch den Energieerhaltungssatz v. Helmholtz Mitte des 19. Jahrhunderts ein Ende bereitet wurde. Auch Erde löste sich in Kalk, Magnesia, Baryt, Tonerde und Flint auf, der Anfang ihres Verschwindens als Element. (vgl. ebd., S. 131 ff.)

¹³ Lázló Földényi: a.a.O., S. 306.

det, sobald das Licht ausgelöscht wird und wie dann nur noch der glimmende Docht mit seinem Gestank zurückbleibt... denn der Teufel blies bei Adams Fall die Melancholie in ihm zusammen, durch die er den Menschen bisweilen so zweifelsüchtig und wankelmütig macht.“^c

Ein Gleichgewicht in der Verteilung der vier Säfte im Körper ist gesund. Dieses Gleichgewicht ist keine absolute Größe. „Mitte“, das macht Aristoteles in der Nikomachischen Ethik klar, bedeutet für jeden Menschen etwas anderes. „Die Mitte in Bezug auf uns ist das, was weder Übermaß noch Mangel aufweist; dieses ist nicht eines und nicht für alle Menschen dasselbe.“^d



Der Melancholiker ist ein gutes Beispiel dafür, daß Gesundheit (im Fall der Melancholie sogar meist besondere Begabung) und Krankheit in der europäischen Temperamenten- und Säftelehre als nicht wesentlich voneinander getrennt begriffen wurden. Geringfügige Abweichungen oder Einflüsse geistiger, seelischer oder materieller Art konnten den Menschen in melancholischer Konstitution in krankhafte Zustände bringen oder wieder gesunden lassen. Aus heutiger Sicht erstaunt es zu hören, daß ein Medicus 1608 ein Mittel gegen Melancholie aufschrieb, das 95 Mischteile enthielt. Pharmakologisch gab es eine breite und tiefe Kenntnis der Pflanzen und ihrer spezifischen Wirksamkeit. Nieswurz und Mandragora waren seit der Antike bekannt für ihre beruhigende und reinigende Wirkung. Ausscheidungs-, Veränderungs- und Stärkungsmittel wurden unterschieden und sollten dem Kranken Lebenskraft und -lust zurückgeben. Innerhalb der drei Gruppen gab es wiederum unendlich spezifizierte Methoden und Rezepte. „Für einen Riechapfel nimm: Samen von Bilsenkraut, Wurzelrinde von Mandragora, Schierlingssamen, von jedem eine Drachme; ein Skrupel Opium, ein bißchen Mandragoraöl. Mische all das mit Saft von Erdrauch und Hauswurz und mach einen Apfel daraus: riech dran, das verschafft dir gelegentlich Schlaf! Als Ausgleich füge noch ein bißchen Amber und Moschus hinzu.“^e

Die Behandlung mit Pharmazeutika war allerdings letztes Mittel der Wahl. Erst wenn alle anderen Maßnahmen versagt haben, sollte man es mit vorsichtiger Gabe vorgenannter Gifte versuchen. In der Renaissance galt es, den Kranken mit Heiterkeit, Leichtigkeit und frischer Saftigkeit ein Gleichgewicht zu ihrer melancholischen Gemütslage zu verschaffen. Die Ernährung spielt eine ganz

wesentlich Rolle: frische Eier, leichtes Fleisch, keine schweren Rotweine, feucht machende Kräuter (Anchusa, Pimpernell, Endivie, Hopfen etc.), Gerste, Mandeln, vor allem Trauben. Sie sollen das Gewicht des feuchten, warmen Elements stärken und den Fluß der schwarzen Galle allmählich auflösen.

Noch 1732, als das Zeitalter der Vernunft den Melancholischen bereits einsperren will, werden im Zedler-Lexikon die überkommenen Heilmittel geschildert: „Man muß dergleichen Patienten die Bewegungen des Leibes mit Spazirengehen, Reiten und Fahren, fleißig anrathen, und ihnen in allen Dingen, wo man nur Gelegenheit siehet und findet, ein Vergnügen zu machen suchen. Eine angenehme Musik und ein gutes Glas Wein, wie auch eine lustige und fröhliche Gesellschaft thun hierbey sehr viel, zumahl wenn solches alles öfters geschiehet, immassen das tiefsinnige und traurige Nachsinnen und Dencken auf eine solche Manier mercklich unterbrochen, und die melancholische Dunst, welche das Gehirn gleichsam umgeben hat, ziemlich zerstreuet wird. ... Was die Speisen anlanget, so dürfen solche nicht hart, unverdaulich und etwan sehr blähend, sondern fein weichlich, leicht, verdaulich und nahrhaft seyn. Im Trincken darf sich der Patient nicht sparsam verhalten, sondern es ist besser, daß er ein wenig mehr, als zu wenig trincke. Jedoch aber hat man hierbey zu erinnern, daß das Geträncke nicht etwan sehr schwer, hitzig und rauschend, sondern vielmehr von einer ganz dünnen und leichten Art seyn müsse.“

Der Beginn der modernen Naturwissenschaft ist noch nicht das Ende der Vier-Elementelehre. Erst mit der Entwicklung der Chemie im 18. Jahrhundert und der Formulierung eines ganz neuen Element- und Kräftebegriffs wird die Säftelehre auch in der Medizin verworfen. Erde, Wasser, Luft war nun keine elementaren Prinzipien mehr, sondern bestanden ihrerseits aus Einzelteilen, wie Kalk, Magnesia, Baryt, Sauerstoff, Kohlendioxid und Wasserstoff. Feuer wurde als Element geleugnet, weil es gar keine Substanz sei. Die Vier-Elementelehre ist eine Theorie der Natur als des sinnlich Wahrnehmbaren. Die Nähe zur eigenen leiblichen Erfahrungswelt ließ sie in den Alltagsvorstellungen der Menschen noch weit über den Zeitpunkt ihrer wissenschaftlichen „Widerlegung“ weiterleben.

a Gernot Böhme, Hartmut Böhme: a.a.O., S. 116

b ebd., S. 140

c Hildegard von Bingen: Heilkunde. Das Buch von dem Grund und Wesen und der Heilung der Krankheiten. Salzburg 1992, S. 220

d Aristoteles: Die nikomachische Ethik. München 1995, S. 139.

e Du Laurens, Leibarzt Heinrich IV. im Jahr 1597. Zit. nach Jean Starobinski a.a.O., S. 45.

Exkurs Ende

Problemgeschichte der Seele

Wo ist der Sitz der Seele? Herz und Hirn, bisher als Ort der Seele vermutet, entpuppten sich als ganz „normale“ Organe. Worin besteht die Verbindung zwischen Denken und Körper, bzw. zwischen Seele und Körper? Was macht krank, das Organ oder die Kraft, die es durchfließt? Dies waren die Fragen, die sich mit dem neuen Körperkonzept der Medizin stellen mußten. Im Funktionsträger Körper blieb die Seele jedoch ein ungelöstes Problem.

Seele und Körper sind untrennbar

Aristoteles sah einst in der Seele den „großen Beweger“. Die Seele bewegt den Körper mittels Pneuma. Pneuma ist ein feinerer Stoff, der nicht identisch ist mit dem Element „Luft“, denn Pneuma ist vielmehr Lebenshauch. Pneuma stehe dem Göttlichen näher, weil es im menschlichen Mikrokosmos dem „Äther“ des Makrokosmos entspricht. Äther ist ‚quinta essentia‘, das fünfte Element. Für Platon ist er „die reinste Luft“.

Im *christlichen* Denken entspricht dem Äther das unwirkliche „Licht“ des ersten Schöpfungstages oder der „Logos“ des Anfangs der Welt. „Das Sprechen selbst ist ein Lichten, die Wahrheitssprache ist logos apophantikos, der erscheinen machende Logos (Aristoteles); christlich ist dies besonders markant auf der Linie des Johannes Evangeliums ausgeprägt.“¹⁴ Die Erscheinung des Menschen braucht dieses „Licht“. Die Seele trägt es, weil sie rein ist. Im Verlauf der Jahrhunderte wird Pneuma zu „Spiritus“ latinisiert. Die Seele ist „Prinzip des lebenden Körpers“¹⁵, dieser verdankt seine Form und Funktion der in ihm wirkenden Seele. In Hildegard von Bingens Heilkunde, um 1150 verfaßt, wird die unmittelbare Verbindung zwischen der göttlichen reinen Seele und ihrem Körper deutlich: „Wenn schlechte Fieberarten im Organismus auftreten und die schlechten Säfte in ihm zu überwiegen drohen, dann befällt den Menschen die Schwerfälligkeit des Körpers und das Ekelgefühl des Geistes. Die Seele spürt natürlich etwas von diesem Wechsel, wird mit vom Ekel ergriffen und weicht von ihrem Körper zurück; dadurch reckt sie diesen Körper und seine Gefäße etwas in die Höhe und streckt ihn aus, so wie sie es dann macht, wenn sie den Körper verlassen muß.“¹⁶ Die Seele leidet in ihrer Reinheit unter den Anfälligkeiten und Verstrickungen des Menschen, bei der Heilung wirkt sie entscheidend mit. So gilt die Seele als verbunden mit der Sphäre des Göttlichen, als eine dem Menschen innewohnende Transzendenz.

¹⁴ Gernot Böhme/Hartmut Böhme, a.a.O., S. 148.

¹⁵ Michael Sonntag: Die Seele und das Wissen vom Leben. In: Jüttemann, Gerd; Sonntag, Michael, Wulf, Christoph: Die Seele. Ihre Geschichte im Abendland. Weinheim 1991, S. 297.

¹⁶ Hildegard v. Bingen, a.a.O.

Thomas von Aquin lehrt deshalb, eine Seele könne nicht erkranken. In seiner Theologie ist Wahnsinn zu interpretieren als Besessenheit durch einen Geist oder durch eine andere Seele. „Da die Seele die erste Urheit des Lebens in dem ist, was hier auf Erden lebt, so ist sie unmöglich ein Körper, sondern das, was einen Körper wirklich ist.“¹⁷

Descartes: Seele ist reiner Geist

Eine erste Umdeutung der Seele deutet sich darin an, daß Spiritus im Laufe der Jahrhunderte mehr und mehr zum „Werkzeug“ der Seele wird.¹⁸ Die Seele beginnt sich aufzuspalten in „höhere“ Seelenteile und ihre Instrumente, die auf den Körper einwirken. Im 16. Jahrhundert wird das ursprüngliche Werkzeug „Spiritus“ als feinstofflichster Teil der Seele wiederum von den „niederen Seelenvermögen“ unterschieden. Und Descartes kann 1649 feststellen, Seele sei zwar reiner Geist (*res cogitans*), jedoch ihr Sein im Körper äußerlicher Natur (*res extensa*), das rein mechanischen Gesetzen zu gehorchen habe. So stirbt man nicht, weil die Seele den Körper verläßt, sondern diese entflieht, weil der Körper tot ist. Die Seele hat die Herrschaft über den Körper verloren. Erst nach dieser Unterscheidung in rein stoffliches und rein geistiges Sein wird so etwas wie „objektive“ Naturwissenschaft am Menschen möglich. Ein rein stofflicher Körper ist verstehbar, meßbar und analysierbar, weil er, wie andere Körper auch, der Naturgesetzmäßigkeit unterworfen ist. Nicht nur Körper und Seele trennen sich, Seele wird nach Descartes auch mit Geist, besser „Denken“, gleichgesetzt. Menschliche Sinnesempfindungen haben mit der Seele nichts zu tun, sondern sind Bewegungserscheinungen des „Uhrwerks“ Körper. „Aber hier kündigt sich auch schon achtzehntes Jahrhundert an, nämlich die Überzeugung, daß alles, was mit der Vernunft in Widerspruch steht, eine unreife Bildung und Verirrung der Natur darstellt, die dazu bestimmt ist, im Gange des Fortschritts überwunden zu werden.“¹⁹

Kann die Seele erkranken?

Die „schöne, spürbare Einheit der Seele und des Körpers vor all den Dissoziationen, die die Medizin nicht kennt...“²⁰ ist dahin. Die Seele ist im Stoff nicht enthalten und wenn sie erkrankt, so müßte eine quasi unmaterielle Ursache angenommen werden? So macht sich eine gewisse Verlegenheit breit zu erklären, worin das Wesen der „Seelenkrankheit“ besteht, ohne zunächst noch die Existenz der Seele selbst in Frage zu stellen. Voltaire schildert das in seinem *Dictionnaire philosophique* von 1756, indem er folgenden Disput wiedergibt: Die Ärzte wollen den Wahnsinnigen belehren und sagen ihm: „Mein Freund, obwohl du den gesunden Menschen-

17 Übersetzung aus Jakob Wyrsch: *Zur Geschichte und Deutung der endogenen Psychosen*, Stuttgart 1956, S. 29

18 Dies geht parallel zur Umdeutung der Engel als Werkzeuge Gottes. Werkzeuge lösen sich vom Menschen und führen ein Eigenleben. Ende des Mittelalters beginnt man Werkzeuge mehr und mehr auszudifferenzieren und sie als Verbindung zwischen Mikro- und Makrokosmos zu sehen. Vgl. David Caley: *The Rivers North of the Future. The Testament of Ivan Illich*. Toronto 2005, S. 75 ff.

19 Egon Friedell: *Kulturgeschichte der Neuzeit*. München 1976, S. 499.

20 Michel Foucault: *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt 1973, S. 211

verstand verloren hast, ist deine Seele ebenso geistvoll, rein und unsterblich wie die unsere; aber unsere ist wohl, deine schlecht untergebracht; die Fenster des Hauses sind verstopft ..., die Luft fehlt ihr, sie erstickt.“ Und der Wahnsinnige entgegnet: „Meine Freunde, ihr unterstellt das Fragliche eurer Gewohnheit. Meine Fenster sind ebenso geöffnet wie die euren, denn ich sehe die gleichen Gegenstände und höre die gleichen Worte. Folglich muß meine Seele notwendig einen falschen Gebrauch der Sinne machen und selbst ein verderbter Sinn, eine depravierte Eigenschaft sein. In einem Wort: entweder ist meine Seele in sich selbst wahnsinnig, oder ich habe keine Seele.“²¹ Beweist der Wahnsinn die Stofflichkeit der Seele oder nicht? „... entweder ist der Wahnsinn die organische Verletzung eines materiellen Prinzips, oder er ist die geistige Störung einer immateriellen Seele.“²² Für Voltaire stellt sich die Frage der Seele als entweder - oder. Entweder ist der Körper erkrankt und mit ihm die Sinne der Wahrnehmung oder die Seele ist erkrankt und kann die Sinne nicht richtig in Gebrauch nehmen. Wenn die Seele aber erkranken kann, dann ist sie nicht mehr rein und göttlich, sondern fehlbar, ein „verderbter Sinn“.

Somatiker versus Psychiker: Früher Streit über die Seele in der Psychiatrie

In der frühen deutschen Psychiatrie des 19. Jahrhunderts, ganz im Bann neuester naturwissenschaftlicher Entdeckungen stehend, wird diese Frage ähnlich von Jakobi gestellt: Wenn die Seele Eigentum der Freiheit sei und nur auf „bedingte Weise durch den Leib gebunden“, wie könne sie als das „Innere des humanen Lebens“²³ erkranken? Für ihn ist das nicht möglich und so folgert er, alle psychische Krankheit sei materiell auf eine Erkrankung des Gehirns zurückzuführen. Diese Position ging als die der „Somatiker“ in die Psychiatriegeschichte ein, der die Anschauung der sogenannten „Psychiker“ entgegenstand: Der sich seinen Leidenschaften hingebende Mensch verweigert sich der Vernunft und Sittlichkeit, die Seele ist selbständig und beherrscht die körperlichen Vorgänge, sie kann schuldig werden und dies muß ethisch verurteilt werden. „Mit einem Wort, der Wahnsinnige ist die personifizierte Leidenschaft, welche ihn bis in die letzten Fasern durchdringt, und sich seines ganzen geistigen und physischen Lebens zu ihrer Darstellung bedient.“²⁴

Die „Somatiker“ sollten den Sieg davon tragen. In der Zeit der aufstrebenden Naturwissenschaften verfochten sie die Sache der physiologisch und anatomisch forschenden, rein körperlich orientierten Seelenkunde. Vertreter ihrer Richtung nahmen noch die „reine“, „substanzlose“ Seele an, um so hemmungsloser konnten sie sich anatomisch-physiologischen Versuchen über den menschlichen Körper widmen. Der aufklärerische, vernunftorientierte Eifer der moralisierenden „Psychiker“ gehörte bereits der Vergangenheit an, denn er behinderte die anatomische Forschung und das wissenschaftliche Sezieren des Körpers.

²¹ Voltaire, zit. nach Michel Foucault 1973, S. 208

²² ebd. 211

²³ Jakobi, zit. nach Michael Schmidt-Degenhardt, a.a.O., S. 21

²⁴ Ideler, zit. nach Klaus Dörner 1984, S. 270

Im Grunde zielte der auf beiden Seiten naturwissenschaftlich motivierte Disput auf die Frage ab, ob die Seelenstörung ihre Ursache ausschließlich im Körperlichen habe oder ob es eine eigenständige Seelenstörung gebe, die sich körperlich nicht erklären lasse.

Wunderstoff Elektrizität

Auf diese Fragen schien eine neue Entdeckung der Naturwissenschaft Antworten zu liefern: die Elektrizität. Sie gilt in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts als Sensation. Die Experimente und Theorien über diese „ätherische“ (Newton) Kraft überschlugen sich. 1744 dient die Elektrisiermaschine noch als modisches Spielzeug, 1809 wird bereits der erste Telegraph in Benutzung genommen. Man hatte hier eine Energie gefunden, die allgegenwärtig und alles durchdringend war. Nicht umsonst wurde sie anfangs als göttliche Energie verehrt. „Die Elektrizität ist ein Wunderstoff; und derjenige, der ihr teilhaftig wird, wird am eigenen Leibe Zeuge einer Transsubstantiation.“²⁵ So experimentiert man Mitte des 17. Jahrhunderts bereits damit, ertränkte Vögel durch Stromstöße zu reanimieren und „der dänische Mediziner Abilgaard ruft ein Huhn, das er zuvor mit einem Elektroschock aufs Gehirn getötet hat, mit einem neuerlichen Elektroschock ins Leben zurück.“²⁶ Der Jesuitenpater Divisch behandelte im Jahr 1768 Patienten mit schwacher Elektrizität und wollte damit das beständige Fließen dieser Kraft im Körper unterstützen. „Die empfindsame Seele bezeichnete er als elektrisch und hielt diese für das gemeinsame Band, das Menschen, Tiere und Pflanzen verband.“²⁷ Luigi Galvani führte um 1770 Versuche mit elektrischen Reizen am Froschschenkel durch, der zuckte, wenn eine Spannung angelegt wurde. Er sah dadurch die Existenz „thierischer Elektrizität“ bewiesen, die verantwortlich für die Muskelbewegung sei. Sein Neffe Aldani schockierte das Publikum 1802 mit elektrischen Vorführungen: An die abgeschlagenen Köpfe von Hingerichteten legte er zwei Drähte und ließ sie durch Stromfluß „gräßliche Grimassen“ schneiden. Dieser künstlich hergestellte Seelenausdruck ließ regelmäßig Besucher des Spektakels in Ohnmacht fallen und soll Vorbild von Mary Shellys 1818 erschienenem Roman „Frankenstein“ gewesen sein.²⁸

Elektrizität war die Materialisierung der alles durchdringenden Kraft des Äther, den einige auch „electrical spirit“²⁹ nannten. „Der göttliche Funke, der in der Antike das Vorrecht des Jupiter, des göttlichen Blitzeschleuderers war, geht nunmehr ins Diesseits über.“³⁰ Seele und Stoff können wieder vereinigt werden: der einst göttliche Äther ist nun ganz greifbare und manipulierbare Bewegungs- und Kommunikationsfunktion des Körpers.

25 Martin Burckhardt: Vom Geist der Maschine. Eine Geschichte kultureller Umbrüche. Frankfurt 1999, S. 238.

26 ebd., S. 239.

27 Jörg Meya, Heinz Otto Sibum: Das fünfte Element. Wirkungen und Deutungen der Elektrizität. Hamburg 1987, S. 118.

28 vgl. Reto Schneider: Das Experiment. In: NZZ Folio. www.x.nzz.ch/folio/archiv/2003/08/articles/experiment.html

29 Jörg Meya, Heinz Otto Sibum, a.a.O., S. 125.

30 Martin Burckhardt, a.a.O., S. 240.

1779 führt Lichtenberg die Begriffe positive und negative Elektrizität ein. Es handelt sich bei dem neu gefundenen „spirit“ also um eine polare, ständig in Bewegung befindliche Kraft. Schelling übernahm sie in seine Naturphilosophie. Die ganze Natur befinde sich im Zustand der Polarität. Eine Grundspannung von Empfänglichkeit und Wirksamkeit präge den Menschen und die Natur. „Schelling wird zu seiner Annahme der Polarität der werdenden Natur nicht zuletzt durch die Entdeckung der magnetischen und elektrischen Vorgänge angeregt.“³¹ Menschliche Empfindsamkeit hat nun ein einleuchtendes körperliches Modell, entstammt physikalischer Innerlichkeit.

Seele ist elektrische Materie

Das Problem der Seele scheint gelöst. Die Dichotomie von Körper und Seele wird im geschlossenen System der Naturwissenschaft aufgelöst, indem die Seele ihre Transzendenz verliert. „Energie“, „Spannung“, „Kraft“ – die Seele ist fließend greifbar geworden.

Die Psychiatrie als eine eigenständige Lehre von den psychischen Krankheiten gründet sich in dem Moment der naturwissenschaftlichen Entwicklung, als man optimistisch meint, nicht nur den Körper, sondern auch die Verbindung von Leib und Seele materialistisch erklären, in diese Verbindung eingreifen und sie beeinflussen zu können. Daher rührt ein anderer Blick auf den Wahnsinn: die Irren sind von einer Krankheit befallen, die der Behandlung bedarf, um sie zu befreien.

Der Begriff „Psychiatrie“ stammt von Johann Christian Reil (1759 – 1813). Er war ein Anhänger des „dynamischen Materialismus“ Schellings. „Sein Materiebegriff ist geprägt von der Begeisterung für die Fortschritte der Wärme- und Sauerstoff-Chemie und der Elektrizitätslehre der letzten Jahrzehnte.“³² 1799 nennt Reil in seinem Hauptwerk die psychischen Krankheiten „durch Reize vermittelte Störung der Mischung und Form der Gehirns substanz, ein ‚anormaler Lebensprozeß im Gehirn‘.“³³ Einschlägige Erfahrung in der Behandlung der Irren hatte Reil nicht. Er war praktischer Arzt, wie seine anderen Kollegen auch. Reil war jedoch der erste, der ein geschlossenes Werk zur „Seelenheilkunde“ vorlegte und auch eine andere Behandlung der Irren forderte. Die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse der elektrischen Reizweiterleitung und die Nerven- und Gehirnanatomie boten physiologische Anhaltspunkte zur Abgrenzung und Einteilung „rein“ seelischer Krankheiten. Erst durch dieses Krankheitskonzept kann der Mensch „nervös“ sein, Erregbarkeit und „Reizung“ werden beschreibende Größen für krankhafte Störungen.

Am Anfang des 19. Jahrhunderts ging man noch von der Stofflichkeit des „elektrischen Fluidums“ aus, erst 1873 wird Elektrizität zur Wellentheorie und aller Stofflichkeit entkleidet, „dafür aber zu einer Kraft von allmächtiger Ubiquität erhoben“³⁴. Das Gehirn wird zum Sitz der

³¹ Michael Schmidt-Degenhard, a.a.O., S. 22. Auch wenn sich Schelling gegen die plumpe mechanistische Denkweise medizinischer Zeitgenossen absetzt, bleibt doch die Tatsache, dass sich unter seinem Einfluß eine naturwissenschaftlich orientierte Philosophie durchsetzt.

³² Michael Sonntag, a.a.O., S. 217

³³ ebd., S. 218

³⁴ Egon Friedell: Kulturgeschichte der Neuzeit. Band 2. München 1976, S. 1153

„Seele“. „Daß aber die seelischen Phänomene auf eine materielle Grundlage, und zwar die des Nervensystems oder Gehirns zurückgehen, ist dem späten 19. Jahrhundert unzweifelhaft.“³⁵ Die psychischen „Leistungen“ schienen also, wie andere körperliche Leistungen auch, Funktionen des Gehirns zu sein. Der Mediziner Rudolph Wagner formuliert deshalb 1854: „Mehr und mehr haben unter den Naturforschern und insbesondere den Physiologen die materialistischen Ansichten Verbreitung und Boden gewonnen, mehr und mehr schwindet der Glaube an eine substantielle Seele und der Versuch, die Psychologie vollkommen in die Naturwissenschaften aufzulösen, ist für Den, welcher in der Signatur der Zeit zu lesen versteht, der wahrscheinliche Gang der nächsten Zukunft.“³⁶ Das Gehirn wird zu einem Organ wie jedes andere, die Seele zu ihrem Gedanken, „Bewußtsein“. Aus „Seelenkrankheit“ wird bis Ende des 19. Jahrhunderts „Geisteskrankheit“. Das Licht der Seele ist verloschen. Als Restbestand der unbeeinflußbaren, „reinen“ Seele bleibt das „Gemüt“, der Affekt, der von nun an in die Region des Dunklen und Beunruhigenden verbannt wird.

³⁵ Michael Sonntag, a.a.O., S. 311

³⁶ zit. nach ebd.

KAPITEL 3

VON DER MELANCHOLIE ZUR DEPRESSION

ALS ÄRZTLICHE DIAGNOSE

Vor dem Hintergrund dieser fundamentalen Umdeutung von Körper und Seele durch die Medizin des 18. Jahrhunderts leuchtet es ein, daß der ursprünglich von Cullen für nervenphysiologische Vorgänge gebrauchte Begriff der Depression im frühen 19. Jahrhundert seinen Platz in der „Seelenheilkunde“ erhält. Zwar wird die Depression nicht mehr mit dem Nervensaft in Verbindung gebracht – da ist man inzwischen bei anderen Funktionsmodellen angelangt. Aber als eine mechanisch-physikalische Zustandsbeschreibung des „Gemüts“ paßt der Begriff gut ins naturwissenschaftliche Erklärungsmuster psychischer Krankheiten. Zunächst wird kaum unterschieden: Patienten, die traurig oder passiv scheinen, werden als „depressiv“ bezeichnet, ob jung, alt, verwirrt, phantasierend oder klar – Depression bleibt Symptom. Zur eigenständigen Krankheit gelangte die Depression erst, als der Begriff der Melancholie Ende des 19. Jahrhunderts als „unwissenschaftlich“ verworfen wurde. Dieser erstaunliche Wechsel der Nomenklatur wird nur verständlich, wenn man einen Blick auf die Geschichte der medizinischen Melancholie wirft: ihre soziale Konstruktion, ihre praktische Behandlung, die in ihr enthaltene Deutung des Menschen.

Melancholie und ihre Behandlung bis zur Aufklärung

Als Krankheit kann die Melancholie auf eine jahrtausende alte Tradition zurückblicken. Aus der Antike stammt die Beschreibung einer Melancholie, die nicht krankhaft sein muß, sondern auch Dichter und Philosophen hervorbringt. Der Grat jedoch ist schmal, der höchste Erkenntnis vom Wahnsinn trennt. Die ärztliche Heilkunst war darauf aus, der fehlerhaften Säftemischung entgegenzuwirken, die den melancholischen Wahn bewirkte. Melancholischer Wahnsinn bedeutete das Austreten aus Raum und Zeit, das Sich-verlieren in der ganz eigenen Welt, Verloren-sein an einen Dämon, der die Person „verschlingt“. Verursacht durch ein Übermaß an „schwarzer Galle“ war die Melancholie durch die Jahrhunderte eine gefürchtete Krankheit, von der Robert Burton 1651 in seiner berühmten „Anatomie der Melancholie“ schreibt:

„... denn dies Leiden ist nach dem Zeugnis des Mercurialis ‚so häufig in unseren Tagen‘ und nach Laurentius ‚so grassierend in unserer elenden Zeit‘, daß nur wenige ihre Qualen nicht zu spüren bekommen.“¹

Foucault beschreibt die Melancholie-Vorstellung der damaligen Zeit so: „In der Melancholie werden die Lebensgeister durch eine Bewegung, aber durch eine schwache Bewegung, fortgetragen, ohne Kraft oder Gewalt.“² Die Unordnung der Lebensgeister liegt allem Wahnsinn als mechanisches Prinzip zugrunde. Jedoch die Melancholie bleibt still, wird nicht rasend, weil die Lebensgeister „mit Nacht“ beladen sind. „Sie sind also schwerer geworden und einem dunklen chemischen Dunst näher als dem reinen Licht.“³ Es sind Dämpfe, die vom Blut ins Gehirn steigen, die im Fall der Melancholie sauer sind. „... eine kraftlose Unordnung und dann jener beschattete Geist, mit jener sauren Schärfe, die das Herz und das Denken zerfrißt.“⁴ Robert Burton schreibt: „Die gängige Definition lautet: ‚Eine Art von unfiebrigem Wahnzustand, begleitet in der Regel von Angst und Niedergeschlagenheit ohne ersichtlichen Anlaß.‘“⁵ Der Wahn, meist Kleinheits-, Schuld- oder Verarmungswahn ist Kardinalzeichen der Melancholie. Der Melancholische ist der ruhige Verrückte, der das Alleinsein sucht (auffälliges Merkmal seiner Krankheit!) und bei dem ständig die Gefahr der Selbsttötung besteht.

Auch die Abwesenheit von Fieber ist stets ein Hinweis für Wahnsinn, denn Fieber ist Feuer, Wahnsinn jedoch stammt aus dem Feuchten, Kalten und Schweren.

Zedlers Lexikon von 1732 erläutert zum Stichwort „Schwermut“: „Man kann diese Krankheit auf keine bequemere und deutlichere Art beschreiben, als wenn man saget, daß sie in einer Verletzung der Einbildungskraft beruhet, mit welcher jeder Mensch vermöge seiner Erfindungskraft, (ingenium) so er von dem weisen Schöpfer empfangen, begabet ist, und daß sie die Patienten ohne einiges dazu schlagendes Fieber angreiffet.“ Weniger von Säften, mehr von einer ausufernden Vorstellung wird die Schwermut verursacht, durchaus begründet in moralischen Verfehlungen und unvernünftigem Lebenswandel.

Zur traurigen Melancholie, gehörte als ihr „Zwilling“ die Raserei, die Manie oder auch „Moria“: „In der freudigen Melancholey, welche Muria heißt, findet man ganz andere Zufälle und Umstände: sintemahl dergleichen Leute unablässig nach sehr hohen Dingen, Würden und Ehren streben, und die Fächlein ihres Gehirns, wie man vor Zeiten zu reden pflegte, mit lauter Königlichen, Fürstlichen und sonst grossen Herrschaftlichen Titteln ausfüllen und

1 Robert Burton: Die Anatomie der Melancholie. Mainz 2001, S. 65

2 Michel Foucault, 1973, S. 272

3 ebd.

4 ebd., S. 273

5 Robert Burton: a.a.O., S. 86. Wolfgang Lepenies beschreibt, daß Burtons Werk weniger ein Buch über die individuelle Krankheit Melancholie sein soll, sondern im Grunde aus gründlicher Kritik der gesellschaftlichen Verhältnisse eine indirekte Gesellschaftsutopie entwirft. Burton sieht Melancholie überall walten als Segen (Zeichen zur Umkehr) und als Verhängnis. Er klagt die scheinheiligen Pfaffen, die selbstverliebten Studierer, Kurfuscher, Geizhalse und Kriegstreiber an, die allesamt Kandidaten für Melancholie seien. Nur in einer gut geordneten Welt kann Melancholie als Leid zum Verschwinden gebracht werden.

ausschmücken, ... Diese in ihrem Kopffe so häufig und so unordentlich aufsteigende und sich wie ein dicker und dampffender Nebel ausbreitende Phantasien sind auch dahero allerdings in Ursache, daß solche elende Leute zu keinem Schlaf gelangen können, sondern die Nächte meistentheils mit Schlaflosen Wachen und mit untermischter närrischer, vielmahls aber auch nicht sowohl ganz und gar abgeschmackter, als auch lächerlicher, garstiger und unflätiger Schwätzerey zubringen müssen, wobey ihr Mund von keiner Müdigkeit überfallen wird.“ Melancholie und Raserei, so unterschiedlich ihre Ausdrucksweisen sind, gehören zusammen. Sie stammen aus gleicher Konstitution, aus gleicher Ursache des fehlerhaften Saftgemischs. So bleibt die stille Melancholie stets an die ver-rückte Raserei gebunden, ist als stille wie laute Variante Sinnbild „des“ Wahnsinns.

Erste Internierung und Absonderung der Irren

Dem Zeitalter der Aufklärung ist der Wahnsinn suspekt. Im 14. und 15. Jahrhundert beginnen erste zaghafte Maßnahmen, die „Narren“ aus den Städten zu entfernen. „Oft übergab man sie Schiffen: in Frankfurt wurden 1399 Schiffer damit beauftragt, die Stadt von einem Irren zu befreien, der nackt umherlief. In den ersten Jahren des fünfzehnten Jahrhunderts entfernte man einen straffälligen Irren auf die gleiche Weise aus Mainz.“⁶ Die Erzählungen und Bilder vom „Narrenschiff“, die im 15. Jahrhundert kursieren, basieren auf dieser Praxis. In vielen deutschen Städten werden Narrentürme errichtet.

Wer im 17. Jahrhundert an Melancholie erkrankt, landet unter Umständen in einem der neu gegründeten Hospitäler, in die das Zeitalter der Aufklärung diejenigen verbannt, die offensichtlich ihre Leidenschaften nicht unter Kontrolle haben. Das Programm der Beherrschung der Natur, der Auf- und Ausbau der merkantilen Gesellschaft verlangt die Bekämpfung des Irrationalen und damit jeglichen Zweifels.

Arme und Irre - unterschiedslos macht man sich im 17. Jahrhundert im großen Umfang an die Internierung der außerhalb der Ordnung stehenden. „Durch einen einzigartigen Gewaltakt bringt dann das Zeitalter der Klassik den Wahnsinn, dessen Stimmen die Renaissance befreit, dessen Heftigkeit sie aber bereits gezähmt hat, zum Schweigen.“⁷ Als Markstein gilt die Gründung des Hopital général in Paris 1656. Mehr als einer von hundert Pariser Einwohnern ist dort für mehrere Monate eingesperrt.⁸ Bis zum Ende des 18. Jahrhunderts ist Frankreich, auch England, mit einem Netz von Hospitälern, Zucht- und Arbeitshäusern überzogen. In Deutschland setzt diese Bewegung aufgrund der kleinstaatlichen Zersplitterung später ein. Narren- und Dollhäuser waren hier in der Regel mit Arbeitshäusern zusammengelegt. Wie viele Melancholiker in den Narrenhäusern der damaligen Zeit einsitzen mußten, kann man nicht sagen, aber wenig waren es nicht, denn Melancholie und die ihr zugeordnete Manie waren die gebräuchlichsten

⁶ Michel Foucault 1973, S. 26

⁷ ebd., S. 68

⁸ vgl. ebd., S. 71

Ausdrücke für Wahnsinn. Daneben gab es noch eine Handvoll andere: Demenz, Epilepsie und Hypochondrie, bzw. Hysterie. Die Begriffe gingen durcheinander, jeder Medicus, Priester oder irgendwie Gelehrte benutzte eine andere Nuancierung in der Beschreibung der Kranken oder in der Empfehlung der Behandlung. Ausgrenzung und Internierung waren die Antwort der neuen Vernunftordnung gegenüber jenen, die sich entwurzelt und orientierungslos in den großen Städten einfanden.

Melancholie in den Ordnungsmustern der frühen Psychiatrie

Beginn einer „Irrenfürsorge“

Die erfolgreiche Durchsetzung der Vernunftordnung im absolutistischen Staat, gepaart mit der beginnenden Industrialisierung und dem damit verbundenen ganz praktischen Arbeitskräftebedarf wird Ende des 18. Jahrhunderts das System der Arbeits- und Irrenhäuser reformieren. Ab 1805 übernimmt der preußische Staat die Irrenfürsorge Schritt für Schritt aus der Hand karitativer Vereinigungen. Die Irren werden zu den „armen Irren“, die der Sorge und Heilung bedürfen, die Irren sind nicht mehr gefährlich, sondern krank und bedürfen der Behandlung in speziellen Häusern. Arbeits- und Irrenhäuser werden getrennt. Die Medizin ist aufgrund ihrer neuen neurophysiologischen Erkenntnisse und der Entdeckung bisher unsichtbarer „Lebenskräfte“, „Antriebe“, „Energien“ der Überzeugung, den Wahnsinn beherrschbar zu machen, möglicherweise sogar zu heilen. In Sachsen reformiert der Arzt C. A. F. Hayner 1807 das Zuchthaus Waldheim zur Psychiatrie und schreibt: „Verflucht sei also von nun an jeder Schlag, der einen Elenden trifft aus dieser bejammernswürdigen Klasse der Leidenden!“⁹ Allerdings gewaltlos ging es auch in Hayners Klinik nicht zu: Zwangsjacke und ausgepolstertes „Palisadenzimmer“ nach Vorbild Autenrieths¹⁰ gehörten zum Inventar, wie auch das „Hohle Rad“, eine Art Hamsterrad für Menschen. Durch Arbeit, Zwang und angsterzeugende Praktiken sollten die Irren aus ihrer Traumwelt herausgelöst werden und zur eigenen „Identität“ gelangen. Der Psychiater Reil gilt in Deutschland als Schlüsselfigur der neuen, psychiatrischen Behandlung. Therapie heißt 1805 bei Reil noch: Die Irren befähigen, sich aus der „selbstverschuldeten Unmündigkeit“ (Kant) zu befreien. Der Kranke soll durch eine „Kette von Seelenreizen“ gegängelt werden. „Das Schema dieses Gängelns besteht darin, den Patienten erst zu brechen, zu brutalisieren und an absoluten Gehorsam zu gewöhnen und den Gedeimütigten dann zu belohnen...“¹¹. Preußischer Gehorsam zieht in die Anstalten ein. Die Ketten verschwinden, dafür wird Pflichterfüllung zur ersten Pflicht, Exerzieren, Zwangsstehen bei Fixierung aller Gliedmaßen länger als 12 Stunden, die Kranken werden in die sogenannte Drehmaschine eingespannt und bei 120 Umdrehungen pro Minute geschleudert, das ist die gängige Praxis in der Berliner Charité unter ihrem Leiter Ernst Horn bis 1818.

9 C. A. F. Hayner, zit. nach Klaus Dörner: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt 1984, S. 238

10 Autenrieth hat in Deutschland als Arzt Hölderlins einige Bekanntheit erlangt, für Hölderlin setzte er die „Familienpflege“ durch, die seinen Aufenthalt im sog. Turmzimmer ermöglichte. Gleichfalls bekannt ist Autenrieth für die Erfindung spezieller Fesselungen und den Ausbau der sog. Palisadenzimmer, eine Art frühe Gummizelle.

11 Klaus Dörner 1984, S. 223.

Erste Maßnahmen zur vernunftgemäßen Klassifizierung des Wahnsinns

Mit der Zuständigkeit von Mediziner*innen für die Krankheiten der Seele beginnt auch die Geschichte ihrer Deutungsmacht, die Ordnung der Diagnosen, der Aufbau eines Begriffsapparats. Karl Jaspers schreibt in seinem Lehrbuch für Psychopathologie 1913: „Es ist eine merkwürdige Tatsache, daß durch die Jahrtausende hoher geistiger Kultur die Geisteskranken im Zusammenhang mit allem seelischen Erkranken weder ein spezifisches Problem für die Erkenntnis, noch eine methodisch ergriffene Aufgabe der Praxis waren.“¹² Am Wahnsinn läßt sich der soziale Tatbestand von Erkrankungen kaum leugnen. Während bis zur Zeit der Aufklärung der Melancholische, Manische oder Rasende durchaus einen Platz in der sozialen Gemeinschaft einnahm¹³, wurde er gesellschaftlich unerwünscht, als die Welt ausschließlich nach „Vernunft“ geordnet wird. Die Vernunft ist schnell das „Normale“. Der offensichtlich unvernünftige Irre steht jetzt außerhalb, wird exterritorial und gibt Fragen auf. Die naturwissenschaftliche Medizin will den, den sie zuvor aus der zuverlässigen Gemeinschaft ausgesperrt hat, beobachten, verstehen, läutern und so erziehen, „behandeln“, wieder der Gemeinschaft zuführen.

Mit der ärztlichen Anwesenheit in den Irrenanstalten Anfang des 19. Jahrhunderts, beginnt das große diagnostische Ordnen. Im angstbesetzten Terrain des internierten, „gesichtslosen“ (Foucault) Wahnsinns wird vernünftig kategorisiert. 1721 hat man im Krankenhaus St. Lazare drei oder vier Kategorien zur Beschreibung des Wahnsinns, 1728 sind es 14 und Michel Foucault schreibt: „Der Tag wird kommen, an dem die Vernunft in diesen Klassifizierten und objektiv analysierten Unterschieden das sichtbarste Gebiet der Unvernunft sich aneignen können wird. Die ärztliche Vernunft wird den Wahnsinn lange Zeit nur in der abstrakten Analyse dieser Unterschiede meistern.“¹⁴

Klassifikation nach Linné's Vorbild

Als erster macht sich in Deutschland der Psychiater Heinroth (1733-1843)¹⁵ an diese Arbeit. Er veröffentlicht 1818 sein „Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung“ mit dem Zusatz „vom rationalen Standpunkt aus entworfen“. Nach dem Vorbild Linné's, der das Pflanzenreich hierarchisch geordnet hatte, verfügt Heinroth bei der sorgfältigen Auffaltung der „Seelenkrankheiten“ über nicht weniger als 64 Seelenstörungen, eingeteilt in 36 Arten, 3 Gattungen und 3 Ordnungen. Heinroths Schema wird in der heutigen

¹² Karl Jaspers: Allgemeine Psychopathologie. Berlin, Heidelberg, New York 1913/1973, S. 253

¹³ Michel Foucault beschreibt die Blütezeit des Wahnsinns während des 15. und 16. Jahrhunderts. Der Narr ist die Figur des heimlichen Weisen, der über Geheimnisse verfügt, die verborgen bleiben müssen. „Diese ganze Verwobenheit der Erscheinung und des Geheimnisses, des unvermittelten Bildes und des unzugänglichen Rätsels entfaltet sich in der Malerei des fünfzehnten Jahrhunderts als der tragische Wahnsinn der Welt.“ (Michel Foucault 1973, S. 48.)

Im Mittelalter galt der Wahnsinnige als Visionär der unsichtbaren Welt oder als von Dämonen besessen.

¹⁴ Michel Foucault 1973, S. 400

¹⁵ Heinroth studierte ab 1791 in Leipzig Medizin, promovierte 1805 zum Dr. med. Von 1806-13 war er Militärarzt in französischem Dienst, nämlich im Leipziger „Waisen-, Zucht- und Versorgungs-Hause St. Georgen“, eine Stelle, die er jahrzehntlang bekleidete. Er hatte eine Professur in Leipzig, die 1827 zum Ordinariat wurde.

Psychiatriegeschichtsschreibung als überholt angesehen, doch wird es Vorbild für alle künftigen Ordnungsbemühungen sein. Heinroth unterscheidet als Hauptordnungen drei Äußerungsformen des Wahnsinns: Exaltation, Depression und „Mischungen der Exaltation und Schwäche“¹⁶. Dabei ist für ihn Depression nicht im Cullen’schen Sinne rein physiologisch zu verstehen¹⁷, sondern er benutzt den Begriff erstmals zur Beschreibung der Stimmung der Kranken, Depression als Symptom. Zur Gliederung der „Gattungen“ gebraucht er die Kategorien der „Seelenvermögen“: Liegt eine Erkrankung des Gemüts (Melancholie, Wahnsinn oder Mischformen der beiden), des Geistes (Verrücktheit, Blödsinn oder Verwirrtheit) oder eine Erkrankung des Willens (Tollheit, Willenlosigkeit oder Scheue) vor? Melancholie jedenfalls entspricht einer Depression des Gemüts, Gemüt ist Herz, Schwermut und Herz sind wesensverwandt. Damit steht Heinroth noch in medizinhistorischer, weniger naturwissenschaftlicher Tradition. Der Mensch wird in der Melancholie „eine Beute der zwingenden Gewalten, welche auf sein Herz eindringen ... Sich loszureißen und wieder selbständig zu werden, ist keine Möglichkeit mehr: Das Herz und sein Gegenstand sind verschmolzen. Weil aber in diesem Zustande das Herz nicht mehr des Menschen ist, sondern des Gegenstandes, so faßt den Menschen eine unendliche Qual, denn er ist in einen unendlichen Widerspruch versetzt, in diesen: daß er von sich selbst geschieden ist, und doch nicht von sich scheiden kann.“¹⁸ Heinroth geht noch davon aus, daß Innen und Außen des Menschen nicht streng unterscheidbar sind, daß sie sich vermischen, daß die äußere Welt inkorporiert wird. Depression ist für ihn nur Symptom, Melancholie immer eine Krankheit des Herzens, die sich in niedergedrückter Stimmung nach außen wendet.

Wahnsinn wird zur Krankheit

1821 wird etwa ein Sechstel der Irren in speziellen „Anstalten“ verwahrt, der Rest befindet sich nach wie vor in Gefängnissen, Zuchthäusern oder auf der Straße. 1816 wird für die Charité in Berlin angegeben, daß 75 Prozent der behandelten Irren Angehörige des Bürgertums waren.¹⁹ In eine spezielle Irrenanstalt aufgenommen zu werden, war also Anfang des 19. Jahrhunderts durchaus ein Privileg. Die große Masse der Erkrankten wurde von den Psychiatern vorerst gar nicht gesehen.

16 J. C. A. Heinroth, zit. nach Michael Schmidt-Degenhardt, a.a.O., S. 30.

17 Heinroth als Vertreter der „romantischen“ Psychiatrie kritisiert ausdrücklich die Auffassung Cullens, nennt seine Gefäßtheorie eine „Einseitigkeit“, da sich „... Depression des Gefäßsystems in der Erfahrung häufig bloß in körperlichen Symptomen ohne alle psychische Störung äußert.“ (zit. nach Michael Schmidt-Degenhardt, ebd. S. 28) Die Aufmerksamkeit müsse sich statt auf die Gefäße auf das „vergangene Leben der Kranken“ richten. „In diesem Leben selbst und seiner falschen Führung liegt der Schlüssel der Seelenstörung.“ Deshalb ist für Heinroth eine Entschuldung geisteskranker Verbrecher nicht möglich. Jedem Menschen liege in der Anlage der freie Wille; wer sich von Gott löse, trage bewusst Schuld. „Dauernde Unfreyheit oder Vernunftlosigkeit, selbständig oder für sich, sogar bei scheinbarer, leiblicher Gesundheit, als Krankheit oder krankhafter Zustand bestehend, macht den vollständigen Begriff der Seelenstörungen aus.“ (zit. nach Jakob Wyrsh: Zur Geschichte und Deutung der endogenen Psychosen. Stuttgart 1956, S. 35)

18 zit. nach Michael Schmidt Degenhardt, a.a.O., S. 34.

19 Beide Zahlen nach Klaus Dörner, a.a.O. S. 243.

Mit der zunehmenden Naturwissenschaftlichkeit der „Seelenheilkunde“ sollten sich sowohl Klientel als auch Behandlungsmethoden ändern. Mitte des 19. Jahrhunderts gab es eine Bewegung der psychiatrischen Ärzte hin zur Praxis. Sie lebten mit den Kranken zusammen, führten deren Krankengeschichten und sahen etliche von ihnen auch als geheilt. Sie schrieben Lehrbücher und entwarfen neue Hierarchien und Ordnungen des Wahnsinns. Nachdem die Irren über 100 Jahre lang als „Gemeingefährliche“ und gesellschaftsfeindliche Subjekte eingesperrt worden waren, konnten sie nun von der Medizin „befreit“ werden. Die bürgerliche Ordnung hatte sich als Norm durchgesetzt. Äußerliche „Zuchtmittel“ wie Arbeits- und Irrenhäuser konnten weichen, an ihre Stelle traten die innere Ordnung der Selbstdisziplinierung und die psychiatrische „Anstalt“ als Krankenhaus.

Sitz der Seelenkrankheit: das Gehirn

In der deutschen Psychiatriegeschichte steht Wilhelm Griesinger sowohl für einen weiteren Reformschub an den Irrenanstalten, als auch für eine grundlegende Neueinteilung der Seelenkrankheiten.²⁰ Griesinger war fasziniert von der Reflexlehre Charles Bells, der 1811 den Zusammenhang von Muskelreaktion, motorischen und sensiblen Nervenfasern, sowie Gehirnbeteiligung als Kreislauf, ähnlich wie Harvey's Blutkreislauf beschrieb. Das Gehirn als Zentrum, das sowohl Reize empfängt, wie auch Reaktionen weiterleitet – ein technisches Bild²¹, das durchaus dem Stand der Entwicklung entsprach. Du Bois-Reymond wies 1848 die tierische und menschliche Elektrizität nach und machte damit die Vorstellung einer „vis vitalis“ (als Lebenskraft) zunichte. Nach Du Bois-Reymond gibt es keine lebendige Erscheinung, die sich nicht physikalisch erklären lässt.

1861 legt Griesinger die zweite Auflage seines psychiatrischen Lehrbuchs vor. Seine „Seele“ ist von dynamisch-technischer Art. Das Gehirn fungiert als Organ der Vorstellungen. Im Vorstellen spielt sich das gesamte geistige Leben ab. Die Vorstellungen müssen im Zentrum Gehirn ständig auf Empfindungen aus der Peripherie reagieren und mit Motorik in die Peripherie antworten. Dabei will das Vorstellen ein ruhiges Gleichgewicht wiederherstellen. Dieser Zustand scheinbarer Ruhe heißt für Griesinger „Gemüt“. Das Gemüt ist „eine gewisse Verhaltensweise des Ich ... der feste, beharrliche Kern unserer Individualität...“²². Gemüt ist hier keine Herzensangelegenheit mehr, sondern eine Funktion im strengen Regelwerk des Psychomotoriums. Ist die

20 Wilhelm Griesinger hat einen bewegten Lebenslauf. Er begann 1834 mit dem Medizinstudium in Tübingen. Wegen politisch-republikanischer Tätigkeiten wird er der Universität verwiesen und geht nach Zürich. 1840 arbeitet er für zwei Jahre in der Irrenanstalt Winnenthal. Ab 1843 arbeitet er in der Tübinger medizinischen Klinik, wird 1847 Professor. Seine politische Haltung für die Revolution von 1848 ist bekannt. 1849 geht er nach Kiel, 1850 übernimmt er das Direktorat der Medizinischen Schule in Kairo. 1854 geht er erneut nach Tübingen, nun aber als Direktor der medizinischen Klinik. 1860 nimmt er einen Ruf nach Zürich an, 1864 ruft ihn die Charité in Berlin als Nachfolger des bekannten Karl Ideler. Hier setzt er verschiedene Reformen durch. Griesinger stirbt 1868 an Blinddarmentzündung.

21 Dem entspricht vielleicht am ehesten die Anwendung des Telegraphen, der ja auch in einer ständigen Bewegung zwischen Schaltungspunkten empfängt und weiterleitet. 1809 wird der erste Telegraph in Benutzung genommen, 1866 nach mehreren gescheiterten Versuchen, gelingt es, eine Drahtverbindung über den Atlantik nach Amerika zu verlegen.

22 Griesinger, zit. nach Michael Schmidt-Degenhardt, a.a.O., S. 47

Dynamik der Vorstellungen nachhaltig gestört, kommt es zu Affekten, leicht kranken Gefühlen, die Vorstellungen sind jetzt „beträchtlich von ihrem Gleichgewicht entfernt“, das Gemüt ist erschüttert. Analog zur körperlichen Reflextheorie, meint Griesinger, führen die Affekte aus der Peripherie ins Zentrum, dem Gehirn und verursachen dort eine „Cerebralirritation“. Das Gehirn reagiert, um die Störung auszugleichen mit der extremen Reaktion des Wahns oder mit dem Seelenschmerz der Melancholie. Melancholie ist durch depressive²³ Stimmungslagen oder wechselhafte Affekte gekennzeichnet. Das Wollen und die Triebe gehören zum motorischen Teil seines „Reflexbogens“. Griesingers ausgeklügeltes Modell der Psyche läßt viele Konstruktionen der „Apparatur“ zu: Je nachdem, ob der Reiz gering oder langandauernd wirkt, lassen sich verschiedene Reaktionen des Gehirns als Zentrum vorstellen. Genauso die Ausgleichsreaktion des „Wollens“ im motorischen Teil: Das cerebrale Zentrum kann mit Willenlosigkeit oder Willenserregungen antworten, diese Reaktion kann bleibend sein oder nur sporadisch etc. Bezüglich der Melancholie unterscheidet er fünf Hauptformen, es sind aber auch alle Arten von Zwischenformen denkbar und durch sein Modell des psychischen Apparats²⁴ auch immer erklärbar. Mit dieser „intellektualistischen Mechanik des Geistes wird die Quantifizierung und Mathematisierung seelischer Abläufe, die Aufdeckung ihrer Gesetzmäßigkeit, zum Zielpunkt psychologischer Forschung.“²⁵ Griesinger bestimmt wesentlich die Themen deutscher Psychiatrie der nächsten 40 Jahre. Er ist derjenige, der davon überzeugen will, daß in den psychischen Krankheiten „jedesmal Erkrankungen des Gehirns zu erkennen“ sind. Griesinger war kein platter Materialist. Er wollte das metaphysische Problem des menschlichen Seelenlebens unangetastet lassen und eine empirisch brauchbare Theorie aufstellen. Auf den ersten Seiten seines Lehrbuches schreibt er: „Alle Schwingungen und Vibrationen, alles Electricische und Mechanische ist doch immer noch kein Seelenzustand, kein Vorstellen. Wie es zu diesem kommen kann – dies Räthsel wird wohl ungelöst bleiben bis ans Ende der Zeiten, und ich glaube, wenn heute ein Engel vom Himmel käme und uns alles erklärte, unser Verstand wäre gar nicht fähig, es nur zu begreifen!“²⁶ Allerdings hofft er, so gibt er selbst zu, daß spätere Forschung die metaphysischen in physiologische Fragen überführen könne.

23 Depression ist bei Griesinger, wie bei Heinroth, stets nur eine Bezeichnung für den Zustand einer Stimmung oder eines Affekts. Melancholie, bzw. Schwermut ist für ihn die Bezeichnung der eigentlichen Krankheit.

24 Diesen Begriff benutzt Griesinger nicht, er wird Sigmund Freud zugeschrieben. Tatsächlich aber wird er in der psychiatrischen Literatur bereits lange vor Freud angewandt. Der Psychiater V. Krafft-Ebing spricht 1874 in seinem Buch „Melancholie“ vom „psychischen Apparat“ des Kranken, der in der Melancholie nur noch zum Produzieren von Unlustgefühlen im stande sei“. (Zit. nach Michael Schmidt-Degenhardt, a.a.O., S. 69)

25 Michael Schmidt-Degenhardt, a.a.O., S. 45

26 zit. nach Michael Schmidt-Degenhardt, a.a.O., S. 47

Psychiatrie wird Zweig der Medizin

Griesinger tat den entscheidenden Schritt, die Psychiatrie vollends in die Medizin zu integrieren. Gemäß seinem Leitspruch: „Geisteskrankheit ist Gehirnkrankheit“, sind Wahnsinnige nicht anders zu behandeln, als körperlich Erkrankte auch. Eine streng erzieherische, moralische Zwangsbehandlung der „alten Schule“ machte ja nur Sinn, wenn es einen Teil im Wahnsinnigen gab, der zur Sittlichkeit fähig war, der einen Appell an den „gesunden Teil“ rechtfertigte. Wenn aber eine Gehirnkrankheit vorliegt, dann ist der Kranke „schuldlos“²⁷, ausgeliefert an die überreizten, aus dem Gleis geratenen Absonderungen des Gehirns. Griesinger leitet die letzten vier Jahre bis zu seinem Tod die Berliner Charité, schafft dort die Zwangsbehandlung ab und gründet eine Poliklinik. In jeder Hinsicht wollte er die Irren den körperlich Erkrankten gleich stellen.

Griesingers Theorie der Seelenapparatur und der Gehirnkrankheit befreit die Melancholie vom Dämonischen und Unheimlichen und zwingt sie erneut ein. Gefühle werden cerebrale Reize, das Herz zur motorischen Schaltstelle notwendiger Entladungen etc. Der Melancholische ist Forschungsobjekt; er ist erklärbar, voraussagbar und lenkbar. Nun ist die Melancholie Teil einer innerpsychischen Dynamik, wird aufgezeichnet, interpretiert, diagnostiziert – und kuriert? Das ist der Psychiatrie bis heute nicht gelungen.

Exkurs

Melancholische Patienten des 19. Jahrhunderts

Wer sind die melancholischen Patienten, die die Psychiater der Anstalten beschreiben? Aus welchen Anschauungsfällen gewinnen sie ihr „Material“ für das Kategorisieren und die Theoriebildung? Einige ihrer selbst gewählten Beispiele, die sie als „Anschauungsfälle“ veröffentlichten.

Karl Ideler^a schreibt in seinem Lehrbuch:

„Seine Sinne sind verschlossen, er stiert mit seelenlosem, hohlen Auge vor sich hin, beachtet nicht die auffallendsten Erscheinungen, vernimmt nicht das lebhafteste Geräusch, oder sinkt sogleich in seine Betäubung zurück, wenn er auf Augenblicke aus derselben ... erweckt war. ... der Kranke fühlt kein körperliches Bedürfnis, er würde verhungern, wenn man ihn nicht fütterte, er bewegt sich Tage lang nicht von der Stelle, sondern einer Bildsäule gleich regt er weder Hand noch Fuss ...

Eine 25-jährige früher gesunde Person führte ein leichtsinniges Leben und erzeugte zwei uneheliche Kinder. Von Noth bedrängt versank sie in Schwermuth, welche bald in Angst überging, und ihr eine Neigung zum Selbstmorde einflösste. Bei Tag und Nacht sah sie sich von fürchterlichen, gespensterartigen, schwarzen Gestalten umringt, welche ihr geboten, durch Selbstentlebung ihrem Elende ein Ziel zu setzen; ...

Ihr vergangenes Leben erscheint ihnen nur als Zerrbild, welches durch Leiden und Verbrechen aller Art ihren Schmerz zu rechtfertigen scheint; jedes frühere Glück halten sie für Selbsttäuschung, oder sie finden in dem wirklichen oder eingebildeten Verlust desselben eine neue Veranlassung zur

²⁷ Griesingers Lehrmeinung hatte sicher weitreichende Folgen auf Gerichtsentscheidungen in Fragen der Zurechnungsfähigkeit.

Klage. ... Es ist, als ob der Melancholische nur Leichenzüge, die bleichen Gespenster des Elends und der Noth vor sich erblickte, und vor seinen Augen die Phantasmagorieen ängstlicher, schwerer Träume schwebten ... Der Melancholische jammert, dass sein Elend, seine Schande, Schuld und Verdammniss die Seinigen mit sich ins Verderben reisse. ...

Eine brave Weberfrau ... glaubte schuld an dem Tode des Kindes zu sein, da sie dessen Pflege versäumt habe, obgleich dies keineswegs der Fall gewesen war, verzweifelte an der Gnade Gottes, und gerieth bald in eine solche Angst, dass sie sich erdrosseln wollte, wovon sie nur mit Mühe zurückgehalten werden konnte. ...^b (1838)



Eduard Pohl, Doctor der Medizin in der Prager Kranken- und Irrenanstalt beschreibt:

„J.T., Sprachmeister, 50 J. wurde 15. März 1843 in der P. Irrenanstalt aufgenommen mit folgenden Symptomen: Die Miene sehr ängstlich und traurig – die Stirne faltig, das charakteristische V zwischen den Augenbrauen offerrierend; die Augen voll Thränen – Patient bleibt auf einem Fleck stehen; wimmert, seufzt und klagt, dass er unglücklich ist und will sterben. ... Solche reine Fälle von Melancholie kommen sehr selten vor.

Skatula Maria, 55 Jahre alt, Tischlers Witwe, ziemlich starken Körperbaues, melancholischen Temperaments, Mutter von 3 bereits erwachsenen und gesunden Kindern ... Gegenwärtige Krankheit brach im Frühjahr 1841 aus und zwar begann sie mit öfters eintretendem Frösteln und darauf folgender Hitze, Schlaf- und Appetitlosigkeit. Nachdem dieser Zustand etwa 14 Tage gedauert, trat noch eine traurige Gemüthsstimmung, Bangigkeit und Unruhe hinzu, ... indem sie eine Stimme zu hören glaubte: dass sie eine Sünderin sei – und böse Geister auch zu sehen vermeinte, die sie mit Angst zu entfernen suchte. ...äusserte unter Andern, dass ein Drache in ihrem Körper hause, der sich bald in den Bau, bald in die Brust verkrieche. ... Patientin verschied am 12. Februar.^c

Karl T., 32 Jahre alt, Forstadjunkt, wurde am 7. Oct. in die P. Irrenanstalt mit Melancholie aufgenommen. ... Die Entwicklung dieser Krankheit, welche mit den gewöhnlichen Symptomen der Melancholie begann, machte nach einigen Monaten darin einen Fortschritt, dass sich eine namenlose Angst zu diesem Zustande gesellte, die er durch beständiges Beten bannen wollte. Doch nicht nur, dass er diesen Zweck nicht erreichte, steigerte sich vielmehr die Angst durch den Zutritt von Gehörstäuschungen. So glaubte er zeitweise eine Stimme zu hören, die ihm zurief: ‚Glaube nicht an Gott; stecke Weib und Kind in den Ofen‘ etc. Aber auch Gesichtstäuschungen gesellten sich bei, indem er eines Morgens nach dem Erwachen ‚Teufel‘ zu sehen wähnte...Beim Scheiden aus der Anstalt war er der Reconvalenz nahe.

J. M., 27 Jahre alt, Jurist wurde in die Irrenanstalt mit hochgradiger Melancholie gebracht. ... Der hervorstechende Charakter der Krankheit war: eine grosse Angst mit der Vorstellungs-Hallucination: ‚Man wird mich tödten‘. ...^d (1852)

Griesinger berichtet in seinem Lehrbuch folgende Fälle:

„Melancholia religiosa: ... M. S., 54-jährige Bauernfrau, hat im 22sten Jahr ein Vierteljahr lang alle Nacht Anfälle von heftigem Alpdrücken und Gehörshallucinationen gehabt ... Zwischen 30 und 40 Jahren entwickelte sich allmählig ein anfallsweise kommendes Leiden, das sich immer mehr fixierte. ... Eine innere ‚Stimme‘, die sie aber nicht im Ohre hört, lehnt sich gegen Alles, was sie selbst will, auf. ...

C. S., unverheirathete 48jährige Bäurin, suchte selbst Hülfe in der Klinik, weil sie von Geistern besessen war. Drei Jahre nach dem ersten Beginn der Krankheit fing es an, aus ihr herauszusprechen‘. ...

Schwerwuth mit Stumpfsinn ... B., 25 Jahre, Beamter, kommt nach Charenton am 12. August 1833. ... B. bleibt den ganzen Tag auf demselben Fleck sitzen und scheint aller seiner Umgebung ganz fremd. ... Die umgebenden Personen hielt er für widerstandene Todte. Er sah seinen Bruder mitten in Quahlen, er hörte den Hülferuf seiner Verwandten, die man erwürgte, und jeder Schrei war wie ein Dolchstich für ihn. ...

Schwerwuth mit ruhiger Neigung zum Zerstören. Marie Z., etwa 30 Jahre alt, von einem von Natur eigensinnigen Charakter, wurde in Folge von häuslichem Kummer geisteskrank. Sie glaubte sich verloren und zu Höllenstrafen verdammt. Nachdem sie Selbstmord versucht hatte, kam sie in unsere Anstalt mit bläulicher Haut am Halse ...^e (1861)

Und zuletzt Schilderungen des Psychiaters **Cesar Lombroso**, der sich vor allem als Gehirnpathologe einen Namen machen wollte.

„I. Fungmann aus Wien, 68 Jahre alt, war erst Soldat, später Portier am Tribunal. ... Im Januar 1866 war er noch ruhig; da benachrichtigten ihn einige seiner Kameraden, dass es ihm in Folge gewisser Reglementsänderungen unmöglich sein werde, seine Pension zu bekommen, und er kehrte plötzlich traurig und schweigsam zurück und rief am 2. März auf einmal, man werde ihn, als einen Deutschen, ermorden, man würde ihn verhaften und verurtheilen, und trieb die Furcht so weit, dass er sich aus dem Fenster stürzen wollte, um der Verhaftung zu entgehen. Der Besuch seiner Vorgesetzten tröstete ihn auf einige Stunden, aber er verfiel wieder in Melancholie. Am 27. März wurde er zu uns gebracht. ... es trat Verschlimmerung ein und der Kranke starb. ...“^f (1869)

a Karl Ideler (1795-1860), ab 1820 war er praktischer Arzt, später Leiter der Berliner Charité. Eine Professur für Psychiatrie folgte 1839. Von 1840 – 1860 war er Direktor der neu errichteten psychiatrischen Klinik der Charité.

b Karl Wilhelm Ideler: Grundriss der Seelenheilkunde. Berlin 1838, S. 603 ff.

c Hier schließt sich der Krankenbeschreibung ein ausführlicher Autopsiebericht an, denn der Autor ist sich der Ursachen der Melancholie ganz gewiß: „Wir behaupten einzig und allein: Die angeborene und erworbene Verfassung des Nervensystems.“ Beweise für diese Theorie zu finden, darauf richtet sich sein ärztlicher Blick.

d Eduard Pohl: Die Melancholie nach dem neuesten Standpunkte der Physiologie und auf Grundlage klinischer Beobachtungen. Prag 1852, S. 161 ff.

e Wilhelm Griesinger: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende. Braunschweig 1871, S.244 ff.

f Cesar Lombroso: Klinische Beiträge zur Psychiatrie. Physikalische, statistische Studien und Krankengeschichten. Leipzig 1869, S.174. Gilt als Begründer der „Kriminalanthropologie“ (frühe Versuche, aus Gehirnanatomie und Körperbild auf Charakter und Neigung zu schließen).

Die Psychiatrie entledigt sich der Melancholie

Neurosyphilis als Beweis der Gehirnthese

Eine Bestärkung der These Griesingers, alle Geisteskrankheit sei Gehirnkrankheit bestand im Auftauchen einer Erkrankung, die alle Anzeichen des Wahnsinns trug und doch als nichts anderes als die Folge einer Syphilis-Infektion „entlarvt“ werden konnte: die Paralyse. „Neurosyphilis ist nicht eine jener uralten Krankheiten wie die Melancholie. Vor dem letzten Viertel des 18. Jahrhunderts scheint sie nahezu unbekannt gewesen zu sein. Weshalb das so ist, bleibt ein Geheimnis, da Syphilis in Europa ja schon seit dem Mittelalter auftrat.“²⁸ Von der Paralyse waren vor allem Männer betroffen, auch im Bürgertum war die Krankheit weit verbreitet. 1844 erklärt der Neuro-pathologe Moritz Romberg, Neurosyphilis habe nach den großen militärischen Feldzügen seiner Epoche stark zugenommen.²⁹ Eine Krankheit zunehmender und fremdbestimmter Mobilität der Menschen, ein Symptom ihrer Entwurzelung? Die Psychiatrie folgte den Erklärungen Antoine Blayles, der bei Paralytikern 1826 eine chronische Hirnhautentzündung nachweisen konnte und so die willkommene Bestätigung der Theorie körperbedingter Geisteskrankheiten lieferte.

Die Zahl der Patienten war bis Ende des Jahrhunderts nicht nur aufgrund der Paralyse stark angestiegen, sondern auch wegen der steigenden Masse der Alkoholkranken und der zunehmenden Unfähigkeit der Familien bei der Unsicherheit ihrer Lebenslage für diejenigen zu sorgen, die schwermütig, rasend oder debil wurden. Shorter beschreibt die Zahlen für Deutschland: „Lebte im Jahr 1852 noch einer von 5300 Einwohnern in einer Anstalt, so stieg diese Rate bis zum Jahr 1911 auf eins zu 500.“³⁰ Die Irrenanstalten waren einer bisher nicht gekannten Flut des Wahnsinns ausgesetzt.

Geisteskrankheit und Vererbung

Der Psychiater Kraepelin³¹ geht an eine folgenreiche Neuordnung dieser Geisteskranken, die im Kern bis heute Bestand hat. Ins Zentrum der Aufmerksamkeit der Psychiater rückt mit Ende des 19. Jahrhunderts das so genannte „circuläre Irresein“ oder die „periodische Geistesstörung“, also die Tatsache, daß nach dem Motto „himmelhoch jauchzend, zu Tobe betrübt“ (Goethe) viele Melancholiker von einem Extrem ins andere fallen - eine häufig beschriebene Beobachtung. Diese bisher spezielle Verlaufsform der Melancholie wird nun zum Kardinalsymptom einer neuen Krankheitseinheit.

28 Edward Shorter: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg 2003, S. 92

29 vgl. ebd., S. 95.

30 ebd., S. 80.

31 Emil Kraepelin (1856-1921) promovierte 1878 in Würzburg, Facharztausbildung in München bei dem Hirnbiologen Berhard von Gudden. 1882 wechselt Kraepelin zum Institut für experimentelle Psychologie. 1886 ging er als Professor an die Universität von Dorpat (Estland), um 1890 in gleicher Funktion nach Heidelberg zu wechseln. Dort arbeitete er mit Nissl und Alzheimer zusammen. 1893 veröffentlicht er sein erstes Lehrbuch, dem insgesamt 9 weitere Auflagen folgen werden, jeweils mit Umstellungen in seiner Kategorisierung.

Im Grunde laufen die Bestrebungen Kraepelins darauf hinaus, eine zeitgemäße Erklärung für psychische Krankheiten zu liefern. 1859 hatte Charles Darwin seine Theorie der Evolution veröffentlicht, in der durch das „Gesetz der natürlichen Auslese“ diejenigen Arten überleben, die sich als stark genug gegenüber ihren Konkurrenten erweisen. Die Gesetze der Vererbung wurden 1865 von Mendel formuliert, der eine Höherzüchtung einzelner Pflanzenarten durch geschickte Kreuzung ihrer besten Eigenschaften erreichte. Auf dem Gebiet der Neuropsychiologie war die Lokalisation bestimmter Körperregionen in der Gehirnrinde nachgewiesen worden. Man stellte bei der Sektion verstorbener Paralysekranker fest, daß bestimmte Areale des Gehirns verändert aussahen. Durch mikroskopische Befunde der Hirnrinde (Nißl, Alzheimer) schien dies noch bestätigt. Für viele Psychiater war es nur noch eine Frage der Zeit, wann auch alle anderen Wahnsinnszustände physikalisch oder chemisch nachweisbar als Organerkrankungen sichtbar wurden. Beide Hypothesen, die von der Bedeutung der genetischen Anlagen, wie auch die organisch bedingter Psychosen standen am Ausgangspunkt der Kraepelin'schen Neuordnung psychiatrischer Diagnose.

Geisteskrankheit und „krankhafte Veranlagung“

Kraepelin ist überzeugt, daß die Erblichkeit in der Psychiatrie eine „wesentlich größere Rolle“ spielt, als in den „weiten Bereichen der übrigen Medizin“. Für ihn ist Geisteskrankheit die „natürliche Antwort der menschlichen Maschine auf den krankmachenden Eingriff“.³² „Einem großen Teil“ der Geisteskrankheiten liegen „greifbare Veränderungen im Gehirn zugrunde“.³³ Viel Hoffnung setzt Kraepelin auf die Erforschung „innerer Gifte“, Untersuchungen des Stoffwechsels, insbesondere der Schilddrüse – alles Forschungsfelder, die zu seiner Zeit im Entstehen waren.

Zunächst einmal teilte er die psychischen Krankheiten in zwei große Gruppen. Die erste umfasste die eindeutigen hirnorganischen Geisteskrankheiten: Multiple Sklerose, Gehirntumor, Paralyse etc. Geistesstörungen, die er „erworben“ nennt. Die zweite Gruppe enthielt diejenigen Wahnsinnsarten, für die noch keine organische Erklärung vorlag. Kraepelins Bezeichnung: „Geistesstörungen aus krankhafter Veranlagung“. Einen Teil dieser Erkrankungen nennt er auf dem Hintergrund der Vererbungslehre „psychische Entartungsprozesse“. Als „Entartung im strengen Sinne bezeichnen wir das Auftreten neuer vererbbarer Eigenschaften, welche die Erreichung der allgemeinen Lebensziele erschweren oder unmöglich machen bzw. deren Häufung auf Kosten günstiger Anlagen unter dem Einfluß von Auslesevorgängen“.³⁴

Kraepelins Lehrbuch ist von Statistiken, Schaubildern und Datenmaterial durchzogen. Seine militärisch anmutende Methode der „Durchmusterung umfangreicher Beobachtungsreihen“³⁵ ist akribisch und schafft einen Anschein von Wissenschaftlichkeit, die dem Wunsch der Psy-

32 Emil Kraepelin, zit. nach: Hans-Georg Güse, Norbert Schmacke: Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus. Kronberg 1976, S. 106

33 Emil Kraepelin, zit. nach: ebd., S. 131

34 Emil Kraepelin, zit. nach: ebd., S. 133

35 Emil Kraepelin: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, Band II. Leipzig 1913, S. 1376

chiater entspricht, in der naturwissenschaftlichen Welt ernst genommen zu werden. So kann er zur Beurteilung der Depression 899 „Fälle“ präsentieren, die an seiner Klinik peinlich genau nach bestimmten Kriterien aufgezeichnet wurden. Ulrich Trenckmann zitiert einen Zeitgenossen Kraepelins, der diesen folgendermaßen charakterisiert: „Kraepelin war zeitlebens ein eifriger Botaniker, er bestimmte gern Pflanzen und bis zur 7. Auflage (seines Lehrbuchs) nennt er das System Linnés als ein für die Psychiatrie wohl nie erreichbares Ideal einer Formenlehre. Die geschlossene, in sich ruhende Ausprägung des Lebendigen, wie es die Pflanze verkörpert, in der übersichtlichen Faßbarkeit, sowohl des Einzelindividuums, wie der systematisch geordneten Formenwelt, sichtbar, lautlos und relativ zeitlos stabil, zog ihn an.“³⁶ Nach gleichen Symptomen wollte er, wenn möglich, die vielgestaltigen Formen des Verrücktseins ordnen: gleiche Ursache, gleiche psychische Grundform, gleicher Verlauf, gleicher Ausgang, gleicher Hirnbefund.

Das manisch-depressive Irresein verdrängt die Melancholie

Depressive Stimmung ist immer ein Anzeichen vorhergehender oder nachfolgender Hochgestimmtheit. Insofern verweist jede Depressivität, bei der man eine Hemmung des Handelns feststellen kann, auf eine zwanghaft folgende Manie. Die motorische Hemmung wird für Kraepelin diagnosebestimmend, weil er hier eine bestimmte Hirnfunktion als beeinträchtigt vermutet. Er nennt seine neu gefundene Krankheitseinheit „manisch-depressives Irresein“, MDI. Entsprechend der Tuberkulose oder der Syphilis, bei denen die körperlichen Symptome sehr vielgestaltig sind, und doch niemand an der Krankheitseinheit zweifle, müsse man auch die verschiedenen Ausdrucksformen der Depression beurteilen. „Vielmehr stellen alle Zustandsbilder (des manisch-depressiven Irreseins) ... nur die wechselnden Erscheinungsformen eines und desselben grundlegenden Krankheitsvorganges dar, die sich in der mannigfachsten Weise miteinander verbinden und ineinander übergehen können.“³⁷ Alle anderen Wahnsinnformen, die nicht mit der typischen Handlungshemmung und den Stimmungsextremen verbunden sind, bislang aber immer als Melancholien galten, packt er unter die Gruppe „Dementia praecox“, die der Psychiater Bleuler später „Schizophrenie“ nennen wird. Durch ihre angebliche Prognose werden diese beiden Gruppen noch einmal voneinander abgesondert: MDI gilt als heilbar, Dementia praecox als unheilbar³⁸. Alle Formen, die sich nicht recht einordnen lassen, gelten von nun ab als „Mischformen“. Melancholie wird bei Kraepelin zu einer Sonderform psychischer Erkrankung, nämlich der „traurigen Verstimmung der höheren Lebensalter“.³⁹ Sämtliche im Exkurs angeführten Lehrbuchfälle sind nach Kraepelins Neueinteilung nicht länger melancholisch, sondern entweder „manisch-depressiv“ oder schizophren. „Das Erscheinen der 8. Auflage (1913) des Kraepelinschen Lehrbuches markiert also das endgültige Aus-

36 W. Mayer-Gross 1929, zit. nach Ulrich Trenckmann: Mit Leib und Seele. Ein Wegweiser durch die Konzepte der Psychiatrie. Bonn 1988, S. 217

37 Emil Kraepelin 1913, S. 1321

38 Dies wird von Bleuler später widerlegt, der nachweist, dass ein Drittel der Schizophrenen von selbst wieder ausheilt.

39 Emil Kraepelin, zit. nach Michael Schmidt-Degenhardt, a.a.O., S. 90

scheiden des alten Melancholiebegriffes aus dem offiziellen Sprachgebrauch der Psychiatrie. ... Die weitere historische Untersuchung des Melancholieproblems wird jetzt also zur Problemgeschichte der endogenen Depression.“⁴⁰

Die jahrhundertealte Krankheitseinheit der Melancholie wird zum Sonderfall einer psychischen Störung. Das ursprüngliche Symptom Depression steigt zur bestimmenden Krankheitseinheit auf, weil hinter ihm eine einheitliche biologische Gehirnstörung vermutet wird. Für Kraepelin, der seine Psychiatrie rein naturwissenschaftlich sehen wollte, war der Begriff „Depression“ wissenschaftlich besser handhabbar, als die für seine Begriffe verschwommene Melancholie. „Die Melancholie zeigt tiefere Zusammenhänge des Seins an (die auch schwerer zu verfolgen sind) als die Depression. Gerade diese Grenzenlosigkeit ist es, die die Wissenschaft – die den sich immer mehr nach außen verschiebenden Horizont des Menschen für umgrenzbar hält – stört; das Seinsverständnis läßt sich letztendlich nicht diagnostizieren.“⁴¹

Psychische Größen sollten meßbar und zählbar sein, seine Patienten hatten Zahlen und Silben auswendig zu lernen, sie sollten innerhalb bestimmter Zeit addieren etc., damit Ergebnisse objektiv und vergleichbar würden. Er wollte der Subjektivität ärztlicher Beurteilung entgehen und je mehr er glaubte, das zu tun, desto mehr Gewicht hatte seine Diagnose.⁴² Kraepelin betreibt eine Psychiatrie, die nicht nach dem Beweggrund fragt, das Motiv des Erkrankten ist unwichtig. Er beobachtet, sondiert, teilt ein, diagnostiziert.

Kraepelins Theorie der „endogenen Psychose“

Kraepelin sieht sich als Psychiater in der staatlichen Pflicht, Diagnosen abzugeben über den Geisteszustand der Kranken. „Feststellung der Schulfähigkeit, der Militärtauglichkeit, der Geschäftsfähigkeit, der Zurechnungsfähigkeit“ – hier wird medizinische Diagnose in ihrer Funktion als Auslesemechanismus einer Gesellschaft deutlich, die um die Jahrhundertwende gerade dabei ist, sich für die imperialen Abenteuer und den ersten Weltkrieg zu rüsten. Kraepelin stellt fest, daß: „... bei weitem die meisten Kranken, die wir in unseren Anstalten unterbringen, nach unserer heutigen Kenntnis der Dinge von vornherein verloren sind.“⁴³

Depression und Dementia praecox sind nach Kraepelin „endogene“ Psychosen, psychische Erkrankungen, deren ursächliche Erklärung in einer Fehlfunktion des Körpers begründet liegen. Auch wenn äußere Einflüsse benannt werden können, so steht doch für Kraepelin fest, „daß aber die eigentliche Ursache des Leidens in dauernden inneren Veränderungen zu suchen ist, die mindestens sehr oft, vielleicht immer angeboren sind.“⁴⁴ Der Begriff der Endogenität ist vom Psychiater Möbius 1892 aufgebracht worden und steht in direkter Beziehung zur „Entartungs-

⁴⁰ Michael Schmidt-Degenhardt, ebd., S. 97

⁴¹ Lázló Földényi: Melancholie. Berlin 2004, S. 283

⁴² Etliche Psychiater des 20. Jahrhunderts (von Gebattel, Jaspers, Tellenbach u.a.) hatten demgegenüber die Auffassung, gerade die radikale Subjektivität, die Beziehungsfähigkeit des Arztes mache seine Stärke aus.

⁴³ Emil Kraepelin, zit. nach Hans-Georg Güse, Norbert Schmacke: ebd., S. 113

⁴⁴ Emil Kraepelin 1913, S. 1369

These“. Allen „endogenen“ Krankheiten liege Entartung zugrunde. „Die Entartung ist eine *conditio sine qua non*“, schreibt Möbius.⁴⁵ Bei der Verfolgung biologischer Ursachen der Geisteskrankheit spielt die Vererbungslehre eine wesentliche Rolle. Sie scheint zu belegen, daß im Erb„material“ biologische Abweichung angelegt ist. Ein gewisser J. L. A. Koch veröffentlicht 1891 das Buch „Die psychopathischen Minderwertigen“. Diesen Begriff greift Kraepelin auf. Landstreicher und Tagediebe waren für ihn „Menschenausschuß“. Sozialdarwinistische Überzeugung führt ihn dazu, sich darüber zu beschweren, daß „sich unserem Nachwuchs dauernd ein breiter Strom minderwertiger Keime beimischt, der eine Verschlechterung der Rasse bedeutet“⁴⁶.

Kraepelins Theorie der geistig „Minderwertigen“ und der Begriff der Entartung

Kraepelin äußert sich an mehreren Stellen seines Lehrbuchs dazu: „Den allgemeinen Ausdruck erblicher Entartung bildet neben dem Auftreten ausgeprägter geistiger Erkrankungen namentlich die Ungleichmäßigkeit der psychischen Veranlagung.“⁴⁷ Roheit paare sich dann in einer Person mit Schwäche und Haltlosigkeit und so entstünden die „zwiespältigen, unausgeglichenen, rätselhaften Persönlichkeiten.“⁴⁸ Kraepelin sieht die Gefahr einer Bildung von Kasten, denen der „Zusammenhang mit der Volksgemeinschaft“ fehle. „Diesem Vorgange verdanken wir neben der Vergeistigung und Veredelung unseres Seelenlebens auch die Zerrbilder des vertrockneten Stubengelehrten und Bücherwurms, des verstiegenen Ästheten und des weltfremden Schwärmers ... Die große Gefahr dieser Entwicklung liegt in der Verweichlichung.“⁴⁹ Für Kraepelin ist es von hier aus gesehen kein großer Schritt zu der Feststellung: „Eine der schönsten Blüten unser Gesittung, die Menschenliebe, hat die häßliche Schattenseite, daß ihre Hilfe die Untauglichen und Bresthaften, insbesondere auch die geistig Minderwertigen und Kranken, am Leben hält und unter Umständen zur Fortpflanzung gelangen läßt. Ja, sie legt die daraus erwachsende Last auf die Schultern der Tüchtigen und erschwert ihnen den Daseinskampf.“⁵⁰ Diese Verachtung des Kranken und „Minderwertigen“, des nicht Brauchbaren gehört zum Kern des Entstehens der Krankheitseinheit „Depression“, der in der Hierarchie der Abweichung und „Entartung“ ein milderer Status eingeräumt wird; immerhin wird sie als „heilbar“ eingestuft. Ein besonderes Gewicht in der Beurteilung der Prognose psychischer Krankheit oder Abweichung gewinnt im Krankheitsmodell Kraepelins die Bewertung des geistigen Denkvermögens. Entsprechend sieht er die Aussichten, von der Geisteskrankheit „Dementia praecox“ zu genesen, als überaus gering an. Diese Kranken haben nicht nur ihr Denkvermögen, sondern auch ihr Arbeitsvermögen eingebüßt und zählen daher zu den „unheilbaren“ Fällen. Psychische Krankheiten, bei denen vor allem die Gefühle

45 Möbius, zit. nach Michael Schmidt-Degenhardt, a.a.O., S. 100

46 ebd., S. 165

47 Emil Kraepelin: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. I. Band. Leipzig 1900, S. 189

48 ebd., S. 190

49 ebd., S. 189/190

50 ebd., S. 203

betroffen scheinen, das Denkvermögen aber nur geringfügig eingeschränkt ist, bekommen eine bessere Prognose. Der manisch-depressive Patient ist demgemäß angesehener. Seine diagnostische Bewertung verbucht als positiv, daß er lediglich phasenweise nicht „Herr seiner Gefühle“ ist.

Auswirkungen der neuen Krankheitseinheit

Kraepelins Depressionsbegriff hat sich gegen alle seine Gegner und späteren Kritiker durchgesetzt. Der Komplex des MDI und mit ihm der neue Begriff der „endogenen Depression“ steht für die unbewiesene biologische These eines pathologisch-anatomischen Substrats, das für die Zustände der Psyche verantwortlich sein soll. Kraepelin krempelt das gesamte psychiatrische Begriffswesen um – aufgrund einer Spekulation. Spekulation ist zum einen die Unterstellung, daß jede Depressivität mit Manie gekoppelt sein soll. „Man wird zweifellos, wenn man in Zukunft nur darauf achten will, bei allen Melancholien typisch zirkuläre Symptome finden. Diese Forderung ist eine ganz selbstverständliche“, sagt der Psychiater Dreyfus im Jahr 1907, ein Anhänger Kraepelins.⁵¹ Zum anderen ist die biologische Grundlage der Depression Ideologie. Obwohl er feststellen muß: „Über das Wesen des manisch-depressiven Irreseins sind wir noch gänzlich im unklaren“⁵², ist es für ihn sicher, daß die Lösung dieses Problems in Untersuchungen des Stoffwechsels, der Schilddrüse, der Bildung „innerer Gifte“, einer Veränderung der „Neuroglia“, die „Erkrankung vasomotorischer Bahnen“ liegen wird. Kraepelins Krankheitseinheit „Depression“ blieb nicht kritiklos. Psychiater, die seine Methode der klinischen „Psychopathologie“ zwar übernahmen, sein „monolithisches Krankheitsgebäude“ jedoch als dogmatisch ablehnten, gab es. Mit der Verbreitung der Psychoanalyse verschaffte sich auch in der Psychiatrie der 20er und 30er Jahre des letzten Jahrhunderts eine psychodynamische Schule (Jaspers, Binswanger, von Gebsattel und andere) Geltung, die Kraepelins biologische Ursachentheorie erschüttern sollte. Letztendlich konnte sich diese kritische Haltung aber nicht durchsetzen. Im Gegenteil: Die moderne Psychiatrie hat Kraepelins Krankheitsmodell wieder aufgegriffen und macht es sich zur Aufgabe, nun endlich biologisch-naturwissenschaftliche Beweise für seine Thesen zu liefern. Der britische Psychiater David Healy spricht von der heutigen Dominanz eines Neo-Kraepelinismus in der amerikanischen Psychiatrie.⁵³

Nicht nur Kraepelins Inhalte, auch seine Methode der klinischen Beobachtung und Aufzeichnung psychischer Krankheit hat bis heute prägenden Charakter für die Psychiatrie. „Die historische Konsequenz des klinischen Ansatzes führte in Deutschland zur immer totaleren Verfügung über den streng sachlich und schließlich als Sache angesehenen psychisch Kranken.“⁵⁴

51 Aufschlußreich, wie sich psychiatrische Diagnostik am Lehrgebäude orientiert: 1897 war man diagnostisch in der Heidelberger Klinik noch ganz auf „syphilitische Spätschäden“ eingeschworen. Sie machten 32 % aller Fälle aus. Nach Einführung der Wassermann-Reaktion (Labortest auf Syphilis) sank diese Diagnose rapide ab. Nun diagnostizierte man an der Kraepelin'schen Klinik vor allem Dementia praecox, die 1904 über 50 % aller Fälle darstellte. Nach dem Weggang Kraepelins aus Heidelberg kam es zu einem deutlichen Abfall dieser Diagnose. (Vgl. Hans-Georg Güse, Norbert Schmacke: Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus. Kronberg 1976, S. 114)

52 Emil Kraepelin 1913, S. 1370

53 vgl. David Healy: The Antidepressant Era. Harvard 1999, S. 37

54 Ulrich Trenckmann: a.a.O., S. 236

KAPITEL 4

DIE „NEUROTISCHE“ DEPRESSION

Psychologie und Psychoanalyse komplettieren die Naturwissenschaft von der Seele

Die Psychologie, die sich zeitgleich mit der Psychiatrie als Wissenschaft etabliert, ist wie die Medizin aus einem naturwissenschaftlichen Erklärungsversuch des Menschen hervorgegangen. Im Grunde beginnt die Geschichte der Psychologie als empirischer Zweig der Neuropsychologie. Wilhelm Wundts psychologisches Labor in Leipzig, das er 1879 gründete, wollte die Zusammenhänge zwischen Sinnesempfindung und Emotion erforschen. Experiment und Statistik sollten auf Fragestellungen der Psyche angewandt werden, der Gegenstand der Psychologie sei als „Naturphänomen“ aufzufassen, die „Seelenlehre (also) als eine Naturwissenschaft“¹. Aus ihr entwickeln sich zwei Stränge: Einmal der pragmatisch-manipulative Behaviorismus und mit ihm die zahlreichen psychologischen Testverfahren, die heute in der Diagnose der Depression eine so große Rolle spielen. Zum zweiten die Psychoanalyse, die sich auf ganz neue Art ausschließlich mit der Psyche beschäftigt und mit ihrer Neurosenlehre eine Medikalisierung aller leichten psychischen Verstimmungen zur Folge haben wird.

Freuds Psychoanalyse der Melancholie

Sigmund Freud hatte jahrelang im neurologischen Labor an seziierten Gehirnen Proben entnommen, histologisch untersucht und neuropsychologische Arbeiten veröffentlicht, bis 1895 seine „Studien über Hysterie“ erscheinen.

Freuds Psychoanalyse² ist ein Bruch mit der damals ganz auf objektivierbare Daten eingeschworenen Psychologie. Er präsentiert das experimentell nicht Erfassbare als Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchung und wirft erneut das Problem des Wesens der Seele auf. Dieser Frage hatte sich die Psychiatrie dadurch entzogen, daß seelisches Erleben als Ergebnis neuropsychologischer Vorgänge gedeutet wurde. Nach Freud war die Psyche das, was sie durch jenes beharrliche Ignorieren geworden war: das Reich des Unbewußten. Freuds Theorien stellen sich

¹ Wilhelm Wundt, zit. nach Klaus-Jürgen Bruder: Zwischen Kant und Freud. In: Gerd Jüttemann, a.a.O., S. 326

² Dieser Begriff wird von Freud erstmals 1896 verwandt.

in Widerspruch zur allzu vorschnellen Enträtselung des Menschen durch die biologische Psychiatrie, denn sie widmen sich dem Unfaßbaren, Unsichtbaren als reale, sogar mächtigere Größe, als dem Biologischen. Und doch ist der Widerspruch zur biologischen Wissenschaft nicht wirklich antagonistisch, denn Freud wollte „die Psychologie auf einer ähnlichen Grundlage (aufrichten) wie jede andere Naturwissenschaft, zum Beispiel wie die Physik“³ Sein Verständnis der unsichtbaren inneren Hierarchien basiert, ähnlich wie die Anfänge der Körpermedizin, auf einer tatsächlich physikalischen Maschinentheorie. Im „psychischen Apparat“ wird „Arbeit“ geleistet, die „Energie“ kostet. „Libido ist ein Ausdruck aus der Affektivitätslehre. Wir heißen so die als quantitative Größe betrachtete – wenn auch derzeit nicht meßbare – Energie solcher Triebe, welche mit all dem zu tun haben, was man als Liebe zusammenfassen kann.“⁴ Naturgesetze, wie zum Beispiel das Gesetz des Energieausgleichs oder die Trägheitslehre, werden auf innerpsychische Prozesse übertragen: Liebe als Energieentladung der Körperzellen. Das Unbewußte ist absolute Energie. Freuds Vorstellung der Psyche gleicht einem „elektrischen Apparat“⁵, wobei das Unbewußte als „unerschöpfliche Batterie“⁶, als Triebwerk, das die psychische Apparatur antreibt, fungiert.

In seiner Schrift „Trauer und Melancholie“⁷ aus dem Jahr 1915, die er in Zusammenhang mit seinen Überlegungen zum Narzißmus und zum Ich-Ideal verfaßt, stellt Freud normale Trauer und krankhafte Melancholie einander gegenüber. In der normalen Trauer stellen sich die gleichen Symptome wie in der Melancholie ein: Verlust des Interesses für die Außenwelt, die Abwendung von jeder Leistung, schmerzliche Stimmung. Bei der Trauer wird dieses Verhalten für nicht pathologisch gehalten, weil man den Grund der Melancholie erklären kann. Freud analysiert den Schmerz der Trauer „ökonomisch“. Dafür ist die Frage der „Arbeit“, die die Trauer zu verrichten hat, entscheidend. Das geliebte Objekt ist nicht mehr und so muß die an es geknüpften Libido abgezogen werden. Dagegen regt sich jedoch ein Sträuben, weil der Mensch „eine Libidoposition nicht gern verläßt“⁸. Nur „unter großem Aufwand von Zeit und Besetzungsenergie“⁹ kann die Libido vom Objekt gelöst werden. Die Trauer ist überwunden, der Mensch „wieder frei und ungehemmt“¹⁰.

3 Sigmund Freud, zit. nach Martin Burckhardt: Vom Geist der Maschine. Eine Geschichte kultureller Umbrüche. Frankfurt, New York 1999, S. 277

4 ebd., S. 281

5 ebd., S. 283

6 ebd., S. 286

7 Die einzige Schrift, in der sich Freud explizit zu diesem Komplex äußert. Den Begriff „Depression“ benutzt er nicht.

8 Sigmund Freud: Trauer und Melancholie. In: Studienausgabe, Band III. Frankfurt 1975, S. 198

9 ebd., S. 199

10 ebd.

Bei der Melancholie handelt es sich im Prinzip um den gleichen „Mechanismus“, nur weiß die melancholische Person nicht, was sie verloren hat. Der Objektverlust ist unbewußt. „Bei der Trauer fanden wir Hemmung und Interesselosigkeit durch die das Ich absorbierende Trauerarbeit restlos aufgeklärt. Eine ähnliche innere Arbeit wird auch der unbekannte Verlust bei der Melancholie zur Folge haben und darum für die Hemmung der Melancholie verantwortlich werden. Nur daß uns die melancholische Hemmung einen rätselhaften Eindruck macht, weil wir nicht sehen können, was die Kranken so vollständig absorbiert.“¹¹ Für den Melancholischen ist nicht die Welt leer und arm, sondern sein Ich.

Die Selbstvorwürfe des Kranken (das Gewissen, das Freud „Instanz“ nennt) sind Vorwürfe, die eigentlich dem geliebten Objekt gelten und nun auf den Kranken selbst gewälzt werden. Dies geschah, weil das Ich sich mit dem Objekt identifizierte, um es nicht aufgeben zu müssen. „Ein solcher Ersatz der Objektliebe durch Identifizierung ist ein für die narzißtischen Affektionen bedeutsamer Mechanismus.“¹² „Die Melancholie entlehnt also einen Teil ihrer Charaktere der Trauer, den anderen Teil dem Vorgang der Regression von der narzißtischen Objektwahl zum Narzißmus.“¹³ Hass, Ablehnung, Vorwürfe, die eigentlich dem Objekt gelten, werden nun in narzißtischer Geste gegen das eigene Ich gewendet, eine sadistische Selbstquälerei ist die Folge. Die Kranken haben sich in die Krankheit begeben, um ihren Lieben „ihre Feindseligkeit nicht direkt zeigen zu müssen“¹⁴. Der „melancholische Komplex ... zieht von allen Seiten Besetzungsenergien an sich...“¹⁵ und entleert das Ich „bis zur völligen Verarmung“.

Auch beim Umschlag in die Manie handelt das Seelenleben auf diese ökonomische Weise: für lange Verdrängtes gibt es nun genügend „Abfuhrmöglichkeiten“ und Hochstimmung stellt sich ein. Wie beim heiteren Alkoholrausch handelt sich „wahrscheinlich um die toxisch erzielte Aufhebung von Verdrängungsaufwänden.“¹⁶ Freud gibt zu, daß er das Problem nicht umfassend erklären kann, so könnte man fragen, warum Trauernde nicht auch in eine manische Stimmung überwechseln. Freuds physikalische Erklärung: „Man kann sich etwa vorstellen, diese Lösung gehe so langsam und schrittweise vor sich, daß mit der Beendigung der Arbeit auch der für sie erforderliche Aufwand zerstreut ist.“¹⁷ Beim Melancholischen spielen sich im Unbewußten eine Unzahl von Einzelkämpfen ab, Hass und Liebe ringen miteinander, um die Libido zu lösen oder sie verstärkt zu binden. Die „melancholische Arbeit“ schafft den Weg vom Unbewußten zum Vorbewußten nicht, die Libido verläßt zwar das Objekt, geht aber an die Stelle des Ichs und kommt erst danach als Melancholie ins Bewußtsein. Das Bewußtsein weiß also vom Zugrundeliegenden nichts.

¹¹ Sigmund Freud, a.a.O. S. 199

¹² ebd., S. 203

¹³ ebd., S. 204

¹⁴ ebd., S. 205

¹⁵ ebd., S. 206. Ein Begriff, der militärisch anmutet – welche Armee steht in welchem Feindesland?

¹⁶ ebd., S. 208

¹⁷ ebd., S. 209

Der Automatismus, den Freud beschreibt, ist durch nichts zu stoppen, weil er dem Denken nicht zugänglich ist. Das Denken erklärt ihn erst hinterher. Der energiegeladene Apparat des Unbewußten ist die treibende Kraft des Narzißmus, der hier als Melancholie wahrgenommen wird. Melancholie ist demnach die sichtbare oder spürbare Auswirkung eines „Mechanismus“, der ohne Einfluß des Geistes seine Herrschaft ausübt. Die dabei von Freud unterstellte Trennung von Welt und Ich erlaubt ihm die Konstruktion und Zerlegung der seltsam automatisierten Psyche. „Freud hat den melancholischen Zustand nämlich ähnlich der ausschließlich naturwissenschaftlich orientierten mechanistischen Medizin als Ich-Zustand untersucht, dem die Welt neutral gegenübersteht.“¹⁸ Das gänzliche Auseinanderfallen von innerer und äußerer Welt (ähnlich der Dichotomie von Körper und Seele) verändert den Blick des Psychoanalytikers (und mit Einbruch der Psychoanalyse in die Alltagssphäre den Blick der Menschen untereinander): Kein Gesichtsausdruck, keine Erzählung, keine Bewegung, der nicht per se etwas Lügendes anhaftet. Die Frage richtet sich mehr auf das, was – so der Verdacht – verborgen werden soll, als auf die Offenheit des Gezeigten. Der Melancholiker zeigt keine Traurigkeit, sondern versteckt seinen Narzißmus. Der Analytiker unterstellt, mehr über den Befragten zu wissen, als dieser selbst.¹⁹ Dabei gilt: alles, was verstandesmäßig durchdrungen und also beherrschbar gemacht wurde, alles was vom „Unbewußten“ ins „Bewußte“ überführt wurde, ist nicht mehr gefährlich, nicht mehr „krank“ machend. Jedoch, was vom Verstand nicht erfaßt und analysiert werden kann, bleibt als dunkle Bedrohung bestehen. Freuds Modell der Psychoanalyse führt den „Homo faber“ vor, der sich die Welt so machen will, daß er nichts mehr zu fürchten hat und auf nichts angewiesen ist. (Es wäre zu fragen, ob nicht gerade die Anstrengung der Analyse die Angst vor dem Unbeherrschten konstituiert.)

Ambivalenz der Psychoanalyse

Die Psychoanalyse ist in ihrer gesellschaftlichen, kulturellen und medizinischen Wirkung ambivalent. Als quasi-physikalisches Erklärungsmodell spricht sie über unphysikalische Phänomene. Einerseits interpretiert sie den Menschen als Maschinenmenschen und degradiert den Probanden ebenso zum „Untersuchungsobjekt“ wie die psychiatrische Wissenschaft das tut, zerlegt, zergliedert sein Inneres. Adornos Kritik hat sich vor allem in der späteren Anwendung der Psychologie bewahrheitet: „Die Zerlegung des Menschen in seine Fähigkeiten ist eine Projektion der Arbeitsteilung auf deren vorgebliche Subjekte, untrennbar vom Interesse, sie mit höherem Nutzen einsetzen, überhaupt manipulieren zu können.“²⁰

¹⁸ Lázló Földényi, a.a.O., S. 331

¹⁹ Diese psychoanalytische Auffassung hat sich tief in das Alltagsbewusstsein eingegraben. In einem Radio-Interview mit David Caley macht Ivan Illich darauf aufmerksam, wie schwierig es ist, 100 Jahre nach Freud zu einem unbefangenen Umgang mit dem Anderen zurückzukehren. Wie ist es heute möglich, „die Vorhersagbarkeit vom Gesicht des Anderen zu nehmen“ und dadurch in die Lage versetzt zu werden, vom Anderen überrascht zu werden? („Die Korruption des Christentums. Ivan Illich über Evangelium, Kirche und Gesellschaft.“ Übersetzt von Sebastian Trapp. Januar 2000. www.uni-bremen/pudel.de)

²⁰ Theodor W. Adorno: *Minima moralia. Reflexionen aus dem beschädigten Leben.* Frankfurt 2001, S. 108

Andererseits hat die Psychoanalyse der arroganten Selbstüberschätzung, dem Machbarkeitswahn des industrie- und fortschrittsbegeisterten Bürgertums kräftige Dämpfer verpaßt. Die Psychoanalyse, „das letzte großkonzipierte Theorem der bürgerlichen Selbstkritik“²¹, hat die Herrschaft des Menschen im eigenen Haus erschüttert, indem sie ihn als Sklaven seiner Triebe denunzierte. Psychoanalytische Theoreme wie die der Verdrängung oder Triebunterdrückung wurden zur Kritik der herrschenden Kultur, die ihre Macht benutzte, um das Innere des Menschen zu verstümmeln. Das ist die große Stunde der Psychoanalyse: Neurotisch ist jeder. Durch die Psychoanalyse ist es möglich, nahezu jegliches menschliches Verhalten als krank und eben auch behandlungsbedürftig zu beschreiben. Egon Friedell schreibt 1931 ahnungsvoll: „... die ganze Welt soll neurotisiert, sexualisiert, diabolisiert werden. Die Psychoanalyse verkündet den Anbruch des Satansreichs. Vielleicht kündet sie wahr; vielleicht naht wirklich das Zwischenreich des Teufels, ...“²²

Freud war kein Metaphysiker. Seine Psyche, von Seele spricht er nicht, ist eine materialistische, aber unmaterielle Größe. Das Unbewußte ist für Freud das eigentlich Reale, worauf das Bewußte verweist oder gerade im Verweigern eines Verweises seine Existenz beweist (Verdrängung). Im Grunde eine paradoxe Behauptung, die aufgrund ihrer Unwiderlegbarkeit jedoch ein hermetisches Erklärungsmodell liefert.

Damit ergeben sich Berührungspunkte zu der biologischen Auffassung psychischer Erkrankung, wie sie Kraepelin propagierte. In beiden Gedankengebäuden wird eine unbekannte Kraft unterstellt, deren Erforschung naturwissenschaftliche Aufgabe bleibt. Im Kraepelin'schen Modell der Psychopathologie ist diese unbekannte Kraft die chemische, elektrische oder sonstige beschaffene unbewiesene biologische Substanz der Gehirnaktivität. Bei Freud stellt das Unbewußte die große unbekannte Energiequelle dar - das Kraftwerk, dessen Gesetze (noch) nicht ergründet sind. „In Freuds Lehre, wie in der Verfassung, die die klinische Psychiatrie sich gegeben hat, weht ein und derselbe Geist, der Geist der Biologie.“²³ Das schreibt Ludwig Binswanger, Psychiater, Zeitgenosse, Freund und Kritiker Freuds.

Auswirkungen auf die Auffassung von Depression

Bezogen auf Melancholie und Depression gibt es ebenfalls eine Gemeinsamkeit des klinisch-psychiatrischen und des psychoanalytischen Krankheitsverständnisses: In beiden Modellen trägt die Melancholie keinen positiven Sinn. Für Freud ist die Melancholie die krankhafte Unfähigkeit, den Verlust des „geliebten Objekts“ einzugestehen. Für Kraepelin ist Depression eine überflüssige körperliche Störung. Den Melancholiker zu achten als jemanden, der ein ganz besonderes Weltverständnis zum Ausdruck bringt, gehört zur medizinisch-wissenschaftlichen Minderheitenposition.

21 Theodor W. Adorno, a.a.O., S. 113

22 Egon Friedell: Kulturgeschichte der Neuzeit. München 2003, S. 1518

23 Ludwig Binswanger, zit. nach: Ludger Riem: Das daseinsanalytische Verständnis in der Medizin (Diss. TH Aachen). Herzogenrath 1987, S. 25

Während das Kraepelin'sche Erklärungsmuster biologischer Bedingtheit von Psychosen das Krankheitsmodell für „schwere Depressionen“ liefert, ermöglicht es die psychoanalytische Sichtweise, jede „leichte Depression“ als Neurose zu diagnostizieren und schließt so eine wichtige Lücke in der Medikalisierung der Schwermut. Denn nun sind Schwermütige zu Neurotikern geworden, „eine andere Klasse von psychisch Kranken, die den Psychotikern offenbar sehr nahe stehen.“²⁴

²⁴ Sigmund Freud, zit. nach: Alain Ehrenberg: Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt/New York 2004, S. 63

Depression: Psychose oder Neurose?

Der amerikanische Weg: Neurasthenie und neurotische Depression

Freud führte den Begriff der Psychoneurose in die Psychiatrie ein, um die seiner Analyse nach psychisch verursachten Störungen von den körperlich, nervlich bedingten (hierzu zählte er Intoxikationen aufgrund vor allem der Onanie) zu unterscheiden. Der gebräuchliche Neurosenbegriff, der alle vom Nervensystem oder Gehirn bedingten Krankheiten umfaßte, kehrte sich innerhalb einiger Jahre ganz in sein Gegenteil um. „Neurosen“ galten nun als „Einbildungen“, „Psychosen“ als körperlich bedingte Seelenkrankheiten.²⁵ Wie sollte man aber unterscheiden, ob man es bei einer Depression mit einer Neurose oder einer Psychose zu tun hatte? Diese Frage wird in der weiteren Definition der Diagnose Depression breiten Raum einnehmen.

Bis zum Beginn des zweiten Weltkrieges teilt sich die Seelenheilkunde in zwei große Lager. Psychiatrie und Psychologie, bzw. Psychoanalyse stehen sich teils streitbar, teils versöhnlich gegenüber. Sigmund Freud hatte mit Alfred Adler und C. G. Jung bereits in der Weimarer Zeit Widersacher. Die Psychoanalyse hatte sich in mehrere Lager zerstritten, der Begriff der Psychotherapie war nicht mehr nur der Psychoanalyse überlassen. Freud emigrierte 1938 nach London; andere bekannte Psychoanalytiker wie Paul Federn, Heinz Harman, Ernst Kris flüchteten in die Vereinigten Staaten. Insbesondere in den USA breitet sich die Psychoanalyse schnell aus. Die amerikanischen Ärzte, die sich in der im Februar 1911 in New York gegründeten Gesellschaft organisieren, beschließen, nur Mediziner zur Psychoanalyse zuzulassen. In Europa konnten auch medizinische Laien sich ausbilden lassen, was schließlich auch universitär zur Psychologie als von der Medizin unabhängiger Wissenschaft führte. In den USA sollten nicht nur Ärzte Psychoanalytiker werden, sie sollten auch Psychiater sein. 1944 hatten sich in Amerika 70 Prozent der Psychoanalytiker als Psychiater qualifiziert.²⁶ Die American Psychiatric Association, der Berufsverband der amerikanischen Psychiater, war bis zum zweiten Weltkrieg klar von der Psychoanalyse dominiert. Der Grund für diese, von Europa ganz unterschiedliche Entwicklung, liegt in dem damals bereits existierenden Netz von Privatpraxen für Psychiater. Psychiatrie spielt sich hier nicht, wie in der „alten Welt“, vor allem in Anstalten ab, sondern zu einem großen Teil in den Praxen niedergelassener Ärzte. Adolf Meyer, die große Figur der amerikanischen Psychiatrie von 1900 bis nach dem zweiten Weltkrieg, wollte die psychischen Erkrankungen im Gegensatz zu Kraepelin vor allem nach der Art der psychischen Reaktionen geordnet wissen. Er lehnte den Begriff der Melancholie vor allem deshalb ab, weil man mit ihr zu viel Vorurteil verbinde und wollte durch die Bezeichnung Depression nur das bezeichnen, was man wußte, nämlich die herabgesenkte Stimmung, die Hemmung des Denkens und Handelns

²⁵ In der Terminologie Neurologie und Psychiatrie ist dagegen noch die aus dem 19. Jahrhundert überkommene Unterscheidung erhalten geblieben. „Denn was Nissl und Alzheimer (Kollegen Kraepelins) unter ihren Mikroskopen finden konnten, erklären sie zu einer Sache der Neurologie, was sie nicht finden konnten, schlicht und einfach zur Psychiatrie.“ Edward Shorter: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg 1999, S. 169

²⁶ vgl., ebd. S. 252.

etc. Während die deutsche Psychiatrie mit Schneider und Jaspers vor allem an den schweren Depressionen als Psychosen interessiert war, beschäftigte sich Meyer in erster Linie mit den „neurotischen Depressionen“.

Neurasthenie als moderne Krankheit der Erschöpfung

Aus den USA kam das Krankheitskonzept der Neurasthenie, die später auch „Erschöpfungsdepression“ genannt wurde, nach Europa. Hier fanden die Ärzte genug „Material“ für die Diagnose einer „neurotischen Depression“. Kraepelin nennt die Neurasthenie „Krankheit unserer Zeit“: der Einzelne komme durch das rasche Steigen der Arbeitsanforderungen und den hastigen Fortschritt immer häufiger in einen Zustand akuter Überarbeitung. „... das Anwachsen der großen Städte und der in ihnen herrschende Wettbewerb bedingen für einen großen Teil des Volkes eine Erhöhung der zu bewältigenden Anforderungen, zugleich eine größere Zersplitterung der Tätigkeit, Unrast und Unregelmäßigkeit der Lebensführung...“²⁷. Betroffen seien besonders die „begabteren und lebhafteren, ferner die gebildeteren und pflichttreuen Menschen“²⁸. Im Jahr 1891 gibt es Deutschland 202 öffentliche Irrenanstalten und 200 private „Nervenkliniken“, die den Neurasthenikern und „Nervösen“ vorbehalten waren. Diese Nervenkliniken lösten die „Wasserheilanstalten“ des 19. Jahrhunderts ab und erfreuten sich großen Zuspruchs. Die Ärzte, die dort praktizierten, galten als Neurologen. Das Sanatorium Friedrichshöhe zu Wiesbaden wirbt im Jahr 1910 mit der Behandlung von „Schilddrüsenfehlfunktionen, Veitstanz, periphere und zentrale Lähmungen, Schwindsucht“, aber auch „Nervosität, Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie und depressive Melancholie“. „Bei ihm gebe es Wassertherapien, Thermalbehandlungen, Kiefernadelbäder ebenso wie Elektrotherapien, Massagen und Physiotherapien. Das klang wundervoll organisch, vor allem, wenn Friedländer auch noch ausdrücklich hinzufügte, daß die Aufnahme von Geisteskranken ausgeschlossen war.“²⁹

Das Krankheitskonzept richtet sich vor allem an das wohlhabende Bürgertum, denn der Aufenthalt in den Privatkliniken mußte von diesen bezahlt werden. Freud schreibt 1893 an seinen Freund Wilhelm Fließ: „Ich sehe jetzt soviel Neurasthenien, daß ich die Arbeit ganz wohl im Verlauf von zwei bis drei Jahren auf (Patienten dieses Typs) beschränken kann.“³⁰ Neurasthenie gilt als reizbare Schwäche, die vor allem Männer betrifft, während die Reizbarkeit der Hysterie den Frauen zugerechnet wird. Unter der Neurasthenie-Diagnose konnten eben alle jene leichten depressiven Zustände eingereiht werden, die ganz offensichtlich nicht als manisch-depressive Psychosen erschienen.

Mit dem Konzept der Psychoanalyse wird die Neurasthenie zur Neurose: Angstneurose, Zwangsneurose oder neurotische Depression. In den USA waren diese Patienten in den 20er und 30er Jahren bereits häufig in den Arztpraxen vertreten. Manisch-depressive Psychosen

²⁷ Emil Kraepelin 1900, S. 196

²⁸ Kraepelin, zit. nach: Hans-Georg Güse, Norbert Schmacke, a.a.O., S. 151 f

²⁹ Edward Shorter, a.a.O., S. 210

³⁰ Zit. nach ebd. S. 373.

europäischen Musters wurden dort jedoch extrem selten diagnostiziert. Zwischen 1900 und 1945 waren es 50 Fälle auf 1 Millionen Patienten pro Jahr.³¹ Je nach Voreinstellung des ärztlichen Blicks ergibt sich die Wahrnehmung und Einordnung der Patienten in Diagnoseschubladen.

Der europäische Weg: „endogene“ und „reaktive“ Depression

Die deutsche Psychiatrie der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts spielte sich dagegen in den staatlichen psychiatrischen Anstalten oder privaten Nervenheilanstalten ab.

Auf der Basis des Kraepelin'schen Krankheitskonzeptes entwickelte sich eine phänomenologisch und wieder verstärkt philosophisch orientierte Psychiatrie, die sich zum Teil von Kraepelin distanzierte. Karl Jaspers, Ludwig Binswanger, von Gebsattel und andere arbeiteten weiter an einer Systematik psychischer Erkrankungen, wollten aber diese in erster Linie beschreibend erfassen und nahmen dabei psychoanalytische Anregungen auf.

Gegen Kraepelins Vorstellung einer starren Krankheitseinheit argumentiert Jaspers: „Der Irrtum aber beginnt da, wo statt der Idee der Schein der erreichten Idee gegeben wird, wo statt der Einzelforschung fertige Schilderungen von Krankheitseinheiten gegeben werden, wie von der Dementia praecox und vom manisch-depressiven Irresein.“³² Psychiater sollten hingegen die Aufgabe haben, sich mit der, allerdings überaus gewissenhaften, Beschreibung der Erkrankung zufrieden zu geben und aus jedem einzelnen Fall die ihm angemessene Erklärung zu ziehen. Dieses Verfahren der „phänomenologischen Psychopathologie“ bedeutete den Versuch, psychische Erkrankung als eine Form des Menschseins zu verstehen, dessen Abweichung vom „Normalen“ nur punktuell ist. „Die psychischen Krankheiten ... sind jetzt nicht mehr ein bloßer Defektzustand eines biologischen Organismus, sondern graduelle Abweichungen im Sinne einer Einengung der vollen Seinsmöglichkeiten des Daseins.“³³ Aufgrund einer solchen Auffassung ist jeder Fall einmalig und die starre Einteilung in klinische Symptome wird als reduktionistisch abgelehnt. Vielmehr geht diese Schule der Psychiatrie darauf aus, die Wahrnehmung der Phänomene psychischer Erkrankung auszubilden und sich über deren Sinn Gedanken zu machen.

Zum Begreifen menschlicher Ausdrucksmöglichkeit oder Verstrickung ist eine wirkliche Begegnung mit psychisch Kranken elementar wichtig. Der Psychiater lernt, sich selbst und die Welt im Spiegel der psychischen Erkrankung umfassender verstehen, er soll „eindringendes, nacherlebendes Einfühlen entwickeln“³⁴. So hebt Jaspers in seinem Lehrbuch bei der Beschreibung deutscher Psychiater an Bonhoeffer lobend hervor: „... durch seine Arbeiten geht ein Hauch von Bescheidung vor den ungeheuren Rätself.“³⁵

31 vgl. David Healy: The Antidepressant Era. Harvard 1997., S. 38

32 Karl Jaspers: Allgemeine Psychopathologie. Berlin, Heidelberg, New York 1973, S. 477. Diese neunte Auflage entspricht inhaltlich weitgehend der Auflage von 1923, bzw. 1946.

33 Ludger Riem, a.a.O., S. 54

34 Karl Jaspers, a.a.O., S. 706

35 ebd., S. 713

Bunte Landschaft der Psychiatrie in den 1920er Jahren

Ein Widerstreit der Meinungen ist entbrannt, der eine einheitliche Lehrmeinung außer Kraft setzt. Der Psychiater Reiss führt 1910 den Begriff der „reaktiven“ Depression ein, um Zustände, deren Ursachen nachvollziehbar waren – Trauer, Liebeskummer, Verlust – in die Diagnose mit einzubeziehen. Kurt Schneider nennt 1932 die Depression „reaktiv“ oder „endogen“, um einfühlbare und „verrückte“ Gemütszustände zu unterscheiden. Da der Melancholiebegriff aufgegeben war und es sich herausstellte, daß nicht jede Depression „manisch-depressives Irresein“ bedeutete, wurde die Unterscheidung „endogen – reaktiv“ zur praktikablen Lösung erklärt.

Bleuler wies nach, daß die Dementia praecox, die er in Schizophrenie umbenannte, keineswegs „unheilbar“ war, sondern sich von allein wieder zurückbilden konnte. So wurde auch die Einteilung nach Kraepelin in „gute“ und „schlechte“ Prognose angezweifelt. Hirnanatomisch wurden hinsichtlich der manisch-depressiven Erkrankungen keine Nachweise gefunden. Die Erbllichkeit war nicht klar, sondern bildete „eine verwirrende Vielfachheit“³⁶. Die scheinbar so naheliegende Unterscheidung zwischen Schizophrenie und manischer Depression verwischte sich in der Zusammenschau der „Fälle“. Wo schizophrene Patienten depressiv werden, wird von „kombinierten Psychosen“ gesprochen oder von Mischpsychosen. „Die klare Scheidung in Krankheitseinheiten scheitert an den unauflösbaren Mischfällen...“³⁷

Die neunte Auflage des Kraepelin'schen Lehrbuches 1927 ist nicht mehr in der Lage, alle Schulen und Lager der Psychiatrie wiederzugeben. „Das Neue der Situation ist die heute mögliche Unbefangenheit und Weite. Man vermag abzusehen von jeder Theorie, jedem Standpunkt, kann grenzenlos anders versuchen.“³⁸ So beschreibt Jaspers die Situation Ende der 20er Jahre in Deutschland.

Die psychopathologische, phänomenologische oder auch anthropologische Psychiatrie wurde durch die Ereignisse der nationalsozialistischen Machtübernahme in Deutschland zum Schweigen gebracht. Erst nach dem zweiten Weltkrieg sollte sie an Einfluß wieder gewinnen. Eine andere, mächtigere Strömung hatte in der Psychiatrie der Weimarer Zeit, auch politisch gefördert, an Einfluß gewonnen: die Entartungslehre. Auch wenn Jaspers sich in seinem Lehrbuch nur halbherzig mit dieser Ideologie auseinandersetzt, ahnt er wohl die folgende Entwicklung, wenn er schreibt: „Die Grundfrage ist, ob eine neue dogmatische Gesamtanschauung entstehen wird, oder was an ihre Stelle zu treten hat.“³⁹

³⁶ Karl Jaspers, a.a.O., S. 509

³⁷ ebd., S. 512

³⁸ ebd., S. 714

³⁹ ebd., S. 714

KAPITEL 5

VERNICHTENDE PSYCHIATRIE

Die Ermordung psychisch Kranker im Nationalsozialismus

Die „Unheilbaren“ – „Rassenhygiene“ und „Euthanasie“

Verfolgt man die Passagen über Vererbung und „Entartung“ in Kraepelins Lehrbuch, sind die ideologischen Verbindungslinien zur „Rassenhygiene“ des beginnenden 20. Jahrhunderts unübersehbar. „Das 20. Jahrhundert eröffnet der Großindustrielle Friedrich Alfred Krupp mit einem Preisausschreiben. Am 1. Januar 1900 läßt er die Frage stellen: ‚Was lernen wir aus den Prinzipien der Descendenztheorie‘ (das heißt, aus der Abstammungslehre, derzufolge die höheren Lebewesen aus den niederen hervorgegangen sind) ‚in Beziehung auf die innerpolitische Entwicklung und Gesetzgebung der Staaten?‘ Den ersten Preis erringt Dr. med. Wilhelm Schallmayer mit seiner Arbeit ‚Vererbung und Auslese im Lebenslauf der Völker, eine staatswissenschaftliche Studie auf Grund der neueren Biologie‘. Das Werk erscheint 1903 und bleibt bis 1919, dem Todesjahr Schallmayers, das führende Fachbuch für Eugenik, zu Deutsch: ‚Erbgesundheitslehre‘.“¹ Sterilisierung und Ausmerzung von „Erbkranken“ gehört bis zum ersten Weltkrieg noch zu den Phantasien einer kleinen Gemeinschaft von Universitätsprofessoren, die sich in der „Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene“ organisieren.² In den 20er Jahren findet diese Idee über die Veröffentlichung eines Buches von Binding/Hoche vermehrten Zuspruch. Alfred Hoche war angesehener Professor für Psychiatrie an der Universität Freiburg.³ Es ist sicher kein Zufall, daß ausgerechnet ein Psychiater die medizinischen Kapitel verfaßt, die als Ergänzung zur Schrift des Juristen Karl Binding mit dem Titel: „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form.“ dienen. Der Begriff „lebensunwert“ geht auf diese Schrift der beiden Autoren zurück. Hoche war an neuropathologischer Forschung interessiert. Als junger Mediziner untersuchte er die Frage, ob das menschliche Rückenmark durch elektrischen Strom zu erregen sei. Dabei benutzt er gerade Hingerichtete für seine Versuche. In der kurzen, aber folgenreichen Schrift, die er mit Binding gemeinsam veröffentlicht, argumentieren sie für die Möglichkeit einer Tötung von Menschen, welche den „geistigen Tod“ bereits erlitten hätten: jugendlich „Verblödete“ (Dementia praecox), Greise mit Veränderungen

¹ Ernst Klee: „Euthanasie“ im NS-Staat. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Frankfurt 1983, S. 18

² Sie zählt bis 1914 350 eingeschriebene Mitglieder. Vgl. ebd., S. 18

³ Er hat zusammen mit Ludwig Binswanger u.a. ein Lehrbuch herausgegeben.

des Gehirns, Menschen mit groben Mißbildungen des Gehirns oder deren Gehirn sich nicht entsprechend entwickelt habe. „Es ist eine peinliche Vorstellung, daß ganze Generationen von Pflegern neben diesen leeren Menschenhülsen dahinaltern, von denen nicht wenige 70 Jahre und älter werden. Die Frage, ob der für diese Kategorien von Ballastexistenzen notwendige Aufwand nach allen Richtungen hin gerechtfertigt sei, war in den verflossenen Zeiten des Wohlstandes nicht dringend; jetzt ist es anders geworden und wir müssen uns ernstlich mit ihr beschäftigen.“⁴ „Gibt es Menschenleben, die so stark die Eigenschaft des Rechtsgutes eingebüßt haben, daß ihre Fortdauer für die Lebensträger wie für die Gesellschaft dauernd allen Wert verloren hat?“⁵ Der wirtschaftliche Rentabilitätsgedanke, den insbesondere der Jurist Binding vertritt, und Hohes Beurteilung eines Menschen nach seiner biologischen Gehirnbeschaffenheit ergeben den Nährboden, von dem aus sich die tödliche Idee weiter ausbreitet. Von nun an darf und soll über Gesetze zur „Freigabe der Tötung unheilbar Geistesschwacher“ (1922 als Entwurf in der „Deutschen Strafrechtszeitung“ veröffentlicht) nachgedacht werden. Zahlreiche radikalere Aufsätze zur „brennend“ gewordenen Frage folgen. Die Zwangssterilisierung der „Minderwertigen“ gehört zur Standardforderung der Rassehygieniker während der 20er Jahre. Diese Forderungen stoßen auf breite Akzeptanz.⁶ Auch Gegner der Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ finden sich in sozialhygienische Logik verstrickt. So schreibt der Zentral-Ausschuß der Inneren Mission 1931: „Die Strukturwandlungen innerhalb unseres Bevölkerungsaufbaus ..., die vor allem in der Schrumpfung der durchschnittlichen Familiengröße bei den Gruppen der erbbiologisch und sozial Tüchtigen und Leistungsfähigen zum Ausdruck kommt, lassen aber eine eugenetische Neuorientierung unserer öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege dringend erforderlich erscheinen.“⁷ Mit anderen Worten: die Tüchtigen vermehren sich gegenüber den „Minderwertigen“ zu wenig, während „sich unzählige erblich Belastete hemmungslos fort(pflanzen), deren kranke und asoziale Nachkommen der Gesamtheit zur Last fallen.“⁸ So formuliert es Arthur Gütt, Ministerialdirektor im Innenministerium, in seiner Begründung des Sterilisierungsgesetzes nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten im Juli 1933.

Die Theorie wird zur Tat:

Die Euthanasiepraxis von NS-Psychiatern beginnt mit Zwangssterilisation

Die Nationalsozialisten setzen nun in die Tat um, worüber Wissenschaftler und Juristen bisher nur spekuliert hatten. Erbkrankte, die an angeborenem Schwachsinn leiden, sollen sterilisiert werden. Schwachsinn ist „jeder in medizinischen Sinne als deutlich abnorm diagnostizierbare Grad von Geistesschwäche“.⁹ Unter das Sterilisierungsgesetz fallen auch Personen mit manisch-depressiver

⁴ Alfred Hoche, zit. nach Ernst Klee, a.a.O., S. 23

⁵ Karl Binding, zit. nach ebd., S. 21

⁶ In den 30er Jahren ist die Zwangssterilisation in einigen schweizer Kantonen und bestimmten Bundesstaaten der USA legalisiert.

⁷ Treysaer Erklärung, zit. nach ebd., S. 32

⁸ zit. nach ebd., S. 33

⁹ Kommentar zum Sterilisierungsgesetz, zit. nach ebd., S. 37

Erkrankung, denn diese gilt in jedem diagnostizierten Fall als erblich. Es werden Erbgesundheitsgerichte und Erbgesundheitsobergerichte eingerichtet, denen jeweils ein Richter und ein Arzt zugeordnet sind. Die Ärzte müssen „auf dem Boden der nationalsozialistischen Weltanschauung stehen.“¹⁰ Eine Sterilisierungswelle geht durchs Land, die ebenfalls Landstreicher, Trinker und Hilfsschüler als „minderwertig“ einstuft und ins Visier nimmt. Bereits 1937 beginnt die staatlicherseits verordnete Verlegung der „Pfleglinge“ aus den Heimen Geisteskranker an zentrale Punkte. In Hessen werden „274 Geisteskranke und -schwache nach Weilmünster, Hadamar, Herborn oder auf den Kalmenhof (Idstein) verlegt, alle Einrichtungen, die in der ‚Euthanasie‘ eine entscheidende Funktion zugeteilt bekommen.“¹¹ In den psychiatrischen Kliniken wird dafür gesorgt, daß der Lebensstandard der Kranken gesenkt wird, wodurch eine Ernährung der Patienten in den Kliniken immer schwieriger wurde. „Die dauernde Verschlechterung der ärztlichen und menschlichen Versorgung, grobe Vernachlässigung von Kranken usw. blieben ungeahndet, weil es hieß: naja, die Geisteskranken -.“¹²

Erste Tötungsaktionen ab 1939, Hitlers „Ermächtigung“

Mit Kriegsbeginn ist der Zeitpunkt der ungehemmten „Euthanasie“ gekommen. Eine Gruppe von Ärzten der Neurologie und Psychiatrie, unter ihnen auch Krankenhausleiter aus Görden, Brandenburg, München-Haar, Berlin-Buch und Pirna hatten Mitte 1939 in vertraulichen Gesprächen in der Reichskanzlei Personengruppen von Erkrankten genannt, die getötet werden sollten und sich auf das „zuverlässigste“ Mittel der Tötung, nämlich Kohlenoxyd geeinigt. In Polen beginnt die „Euthanasie“ mit der Erschießung von 120 Patienten der Anstalt Stralsund, die mit Zug und LKWs in den Wald von Piasznitz gebracht werden. Die leere Anstalt von Stralsund wird anschließend in ein Kriegslazarett umgewandelt. An alle psychiatrischen Anstalten sind inzwischen Meldebögen verschickt worden, in denen Patienten nach bestimmten Gesichtspunkten einzutragen sind. So spielt in den Meldebögen eine Rolle, ob der Patient noch Angehöriger hat, ob er schwer erkrankt ist, welcher Rasse er angehört, ob er eine kriminelle Vorgeschichte hat etc. Die Anstalten füllen die Bögen „gewissenhaft“ aus, teilweise werden die Patienten ungünstiger eingestuft, als es den Tatsachen entspricht.

Am 1.9.1939 unterschreibt Hitler folgende Zeilen: „Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, daß nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann. Gez. Adolf Hitler“¹³ Diese „Ermächtigung“, ein paar Zeilen auf privatem Briefpapier, wird Grundlage der Tötung und gezielten Vernachlässigung Tausender „Pfleglinge“ sein. Bis zum offiziellen Stop der „Eutha-

¹⁰ Ernst Klee, a.a.O., S. 38

¹¹ ebd., S. 68

¹² Dr. Wilhelm Hinsin am 10.12.1946 im Prozeß gegen Personal der Anstalt Eichberg. Zit. nach ebd., S. 77

¹³ zit. nach ebd., S. 100

nasie“ 1941 wird es wohl einige Gesetzentwürfe, aber niemals die Verabschiedung eines Gesetzes geben. Man befürchtet zu Recht die Reaktionen in der Bevölkerung, eine schlechte Propagandawirkung gegenüber dem Ausland und den Widerstand der Kirchen.

Geheime Reichssache „T4“

Von Anfang an gilt die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ als „geheime Reichssache“. Nach Auswertung der eingegangenen Meldebögen aus den Anstalten geht man in der „Euthanasiezentrale“, genannt „T4“, in Berlin davon aus, daß 20 Prozent aller Heiminsassen getötet werden sollen. Es sind „Tötungskapazitäten“ für etwa 70 000 Menschen zu schaffen. Mit der Tarnung des Unternehmens beschäftigt man sich eingehend. Es wird eine Scheinorganisation mit dem Namen „Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten“ gegründet, die ihr Geld von der NSDAP bezieht. Die Tarn Einrichtung „Gemeinnützige Krankentransport GmbH“, Gekrad, wird gebraucht, um mit Postbussen die Selektierten aus den Anstalten abzuholen und an diejenigen Plätze zu bringen, an denen die Tötung stattfinden soll. Diese Busse sind bei der Bevölkerung trotz Geheimhaltung bald einschlägig verrufen, denn das Abholen und Verschwinden der Angehörigen aus den Pflegeanstalten spricht sich schnell herum. Im August 1940, als die Tötungsaktionen schon einen ersten Höhepunkt erreicht haben, kommt es in der Anstalt Herten zu einer Weigerung des Anstaltsleiters, den Transport durch die Weitergabe von Transportlisten zu unterstützen. Der Fahrer des Gekrad-Busses soll 75 „Pfleglinge“ abholen, das Personal hat diese zum Teil in die Kapelle gebracht und ist angewiesen, bei der Auswahl der Todeskandidaten nicht zu helfen. Der Anstaltsleiter berichtet: „... Das führte zu endlosen Schwierigkeiten, so daß die Verladung sich über viele Stunden hinzog, nämlich 7 Stunden. Am Schluß war ein heilloses Durcheinander, es stimmte die Zahl der Verladenen nicht, indem es 77 statt 75 waren, außerdem entsprach die Persönlichkeit der Verladenen nicht durchweg den Transportlisten ... der Transportleiter verlor die Nerven und führte sich derart auf, daß die Pfortenschwester mich zur Hilfe rief. Inzwischen war nämlich die lange Dauer der Verlegung auch in die Öffentlichkeit gedrungen und eine große Menschenmenge aus Herten und Umgebung hatte sich um die Wagen angesammelt und zwar unter sehr abfälligen Äußerungen über den ganzen Transport. Charakteristisch dafür ist, daß z. B. der jetzige Bürgermeister von Herten in den Staub an dem einen Wagen mit dem Finger das Wort Haarmann geschrieben hatte (Haarmann war ein damals bekannter Massenmörder).“¹⁴ Aufgebrachte Angehörige beschwerten sich über die an sie gesandten „Trostbriefe“¹⁵ in den Pflegeanstalten. Als im Juli 1940 massenhafte Todesnachrichten der Pfleglinge in den Anstalten eintreffen, weiß auch die Oberin von Fußbach (Kreis Offenburg): „Herr Bürgermeister, ich glaube, unsere Leute werden alle getötet!“

¹⁴ Priester und Anstaltsdirektor Vomstein, zit. nach Ernst Klee, a.a.O., S. 235

¹⁵ Eine Aufgabe, die bürokratisch in der Berliner „T4-Zentrale“ erledigt wird. Die Benachrichtigung der Angehörigen über den Tod des Kranken oder Behinderten wird häufig erst geraume Zeit nach der Tötung verschickt, um noch weiteres Pflegegeld für das Opfer zu kassieren. Die „Euthanasie-Zentrale“ soll auf diese Weise rund 14 Millionen Reichsmark erschwindelt haben. (vgl. ebd., S. 329/30)

Einrichtung zentraler „Euthanasie-Anstalten“

Sechs „Euthanasie“-Anstalten¹⁶ werden in Deutschland mit Vergasungsräumen und Krematorien eingerichtet, die ihr tödliches Geschäft betreiben. Die Gekrad-Busse holten die Selektierten aus den diversen „Landes- oder Kreispflegeanstalten“ ab und transportierten sie in die Tötungsheime. Monat für Monat werden ab Juli 1940 5.000 Menschen dort durch Gas ermordet.

Nach Anlaufen der Tötungsaktion kommt es in einigen Anstalten nur noch zu schleppendem Ausfüllen der Meldebögen. Dr. Jaspersen, der Arzt, der eng mit Bodelschwingh in der Anstalt Bethel zusammenarbeitet, versendet zahlreiche Briefe an Anstaltsleiter mit der Aufforderung, das Ausfüllen der Meldebögen gänzlich zu verweigern, weil dies „so wie die Dinge liegen, nach dem Strafgesetzbuch eine Beihilfe zum Mord darstellt.“¹⁷ Es kommt zu Widerstand der Anstalten, aber auch zu besonders eifrigem Ausfüllen und Melden der Patienten. Den Anstalten, die sich weigern, die Meldung durchzuführen, kann es passieren, daß eine Ärztekommision auftaucht und nach Vorlage der Akten die Selektion selbst durchführt. In der Regel werden die Anstalten gezwungen, die ihnen Anvertrauten im Sinne der Brauchbarkeit für oder gegen die Vernichtung einzustufen. Der Chefarzt von Bethel teilt seine Patienten in sieben Kategorien ein, die sich ausschließlich an der Arbeitsfähigkeit orientieren und in denen auch die Körperbehinderten als „Euthanasiefälle“ auftauchen: „II Arbeitsunfähigkeit: Schizophrener Aktivitätsverlust; Unfähigkeit zum Überschauen eines Arbeitsganges infolge hochgradiger Demenz oder Imbezilität - aber auch infolge schwerer körperlicher Behinderung, evtl. bei normaler Psyche und Intelligenz.“ Kategorie VII: „Sehr gute Leistungen“. Die „tüchtigere“ Kategorie IV bis VII hofft man in Bethel auf diese Weise der Vernichtung zu entziehen. Die innere Bereitschaft zur Kategorisierung war bei Ärzten, Juristen, aber auch bei Kirchenleuten grundsätzlich vorhanden. Ernst Klee zitiert den bekannten und angesehenen Bodelschwingh (Gründer von Bethel) mit dem Satz: „Ich bin bereit, das Treibholz im Flusse Eden preiszugeben.“¹⁸

Die verantwortlichen Ärzte der Aktion „T4“ betrachten sich selbst als heroisch im Sinne des Volkes handelnd, betonen bei den Besprechungen mit neuen Mitarbeitern (und davon brauchten sie eine Menge) immer wieder die Freiwilligkeit des „Dienstes“. Kein Arzt oder Pfleger, der sich weigerte bei der „Euthanasie“ mitzuwirken, ist zum Tode verurteilt oder eingesperrt worden. Am Ende eines Urteils des Landgerichts Koblenz aus dem Jahr 1948 gegen Ärzte der Anstalt Andernach heißt es: „Sie haben sich bewußt in das Mordgetriebe des Euthanasie-Programmes einspannen lassen, sie haben willig, wenn auch ungern, die ihnen zugedachte Rolle, die von den Organisatoren der Aktion für wesentlich angesehen und deshalb eingerichtet wurde, angenommen und sie im großen und ganzen auch so ausgefüllt, wie man es von ihnen erwartete.“¹⁹ Unter

16 Grafeneck, Brandenburg, Bernburg, Hartheim, Sonnenstein und Hadamar. In Grafeneck findet die erste Tötungswelle statt. Ende 1940 wird das Morden dort beendet und mitsamt dem Personal nach Hadamar verlegt. So geht man auch in Brandenburg vor, das durch Bernburg „abgelöst“ wird.

17 zit. nach Ernst Klee, a.a.O., S. 217

18 ebd., S. 281.

19 zit. nach ebd., S. 275

den psychisch Kranken waren es vor allem die an Schizophrenie diagnostizierten, die den größten Anteil der Ermordeten aufwies (76,1 Prozent), manisch-depressive Patienten stellten einen Anteil von 1 Prozent, chronische Alkoholiker 0,2 Prozent.²⁰ Besonders gefährdet sind die „kriminellen Geisteskranken“, also Patienten, die in einem Gerichtsverfahren für unzurechnungsfähig erklärt wurden. Sie sollten besonders scharf beurteilt werden.

Das Ende von „T4“ im Jahr 1941 ist nicht das Ende

Am 24.8.1941 wird die „Euthanasie“ aus der Berliner Zentrale für beendet erklärt. Mehrere Gründe lassen sich dafür anführen. Im Juli 1941 kam es in Münster zu einer öffentlichen Predigt von Bischof Galen, in der er auf sehr offene und scharfe Weise Kritik an der Ermordung Kranker übte. Hirtenbriefe und Bischofserklärungen der katholischen Kirche waren bisher eher vage und im Verborgenen geblieben. Hier ging jemand offensiv zum Angriff über. Hitler soll zudem selbst zufälliger Zeuge einer Verladung von geistig Behinderten gewesen sein, bei der er beobachtete, wie sich auf dem Bahnsteig auf Seiten der Zuschauer eine „recht erhebliche drohende Haltung“ breitmacht, als er sich am Zugfenster zeigt.²¹ Es ist aber auch so, daß die „Euthanasie“ im Sommer 1941 ihr anfangs gestecktes Ziel erreicht hat. 70.273 Ermordete zählt die akribisch von der Berliner Zentrale geführte Statistik.

Die Euthanasie endete 1941 nicht, sondern wurde nur in anderer Form weitergeführt. „Ein Teil der Euthanasie-Täter ermordete fortan - in einem an den Kranken erprobten Verfahren - Juden aus allen Teilen Europas ... Ein anderer Teil fuhr mit den Tötungen von Kranken und Behinderten fort. Mit einer neuen Methode: durch unzureichende Unterbringung (unbeheizte Anstalten), durch Nahrungsentzug, Überdosierung von Medikamenten und mit Spritzen“²² Der Damm war gebrochen, kein Anstaltsleiter mußte befürchten, von Seiten der staatlichen Kontrolle zurechtgewiesen zu werden, im Gegenteil.

Nach Kriegsende ist über die Geschehnisse in den Landesanstalten Schweigen gebreitet worden. In den meisten psychiatrischen Lehrbüchern wird dieses dunkle Kapitel mit keinem Wort erwähnt.

²⁰ Zahlen vgl. Ernst Klee, a.a.O., S. 122

²¹ ebd., S. 340

²² ebd., S. 11

Behandlung der Depression unter dem Banner des Nationalsozialismus

Die Erfindung des Elektroschocks

Während in den USA die psychoanalytische Behandlung sich mehr und mehr durchsetzt, sind psychisch Kranke im nationalsozialistisch dominierten Europa einer menschenverachtenden Praxis ausgesetzt, die die Kranken, wenn nicht tötet, so doch als minderwertig und vollständig rechtlos ansieht, geschaffen für „wissenschaftliche“ Versuchsreihen.

Um die Jahrhundertwende ist an eine medikamentöse Behandlung von psychischen Krankheiten nicht zu denken. Man experimentiert mit Opium, später auch mit dem giftigen Bromid, das Schlafphasen bis zu zehn Tagen auslösen kann. 1903 wurden Barbiturate als erste Schlafmittel chemisch hergestellt. Vermarktet wurden sie unter dem Namen Veronal (Bayer). Die ersten Veronalsüchtigen zeigen sich bald. 1922 wurde Insulin entdeckt und zur Auslösung eines Insulinschockkomas in der „Therapie“ bei psychisch Kranken eingesetzt. Ähnlich wie bei kalten Duschen oder Wannenbädern, zeigten sich die Erkrankten nach dem Schock „ruhiger“. Auch die Herbeiführung eines Krampfes mittels Kampfer gehörte zu den Versuchen.

Im faschistischen Italien scheinen die idealen Bedingungen für die Testung einer neuen Methode zu bestehen: der Elektrokrampftherapie. Lucio Bini, Assistent des italienischen Psychiatrieprofessors Cerletti, begann mit Experimenten an Hunden. Im Schlachthaus führte die „Forscherguppe“ ihre Experimente an Schweinen fort, „wobei sie bestätigt fanden, daß die Anbringung der Elektroden an den Schläfen praktikabel und die Spanne zwischen einer krampfauslösenden und einer tödlichen Dosis ausgesprochen groß war.“²³ Im April 1938 wurde die Methode an einem 39-jährigen Ingenieur aus Mailand ausprobiert, der „ein merkwürdiges Kauderwelsch sprach“, sich telepathisch beeinflusst fühlte und verwahrlost aussah. Das Syndrom war aus psychiatrischer Sicht klar, „die Störung fortgeschritten, die Prognose ungünstig“²⁴ Dieser „Zufallspatient“ muß für die erste Elektroschockbehandlung herhalten. Die Psychiater verbuchten diese als vollen Erfolg. Nach elf Behandlung konnte er in guter Verfassung entlassen werden. Allerdings berichtete seine Frau, drei Monate später seien ähnliche Geisteszustände wieder aufgetreten. „Wo immer die Elektroschockapparatur aufgestellt wurde, rief sie große Begeisterung unter den klinischen Psychiatern hervor.“ Durch die Verwendung von Curare als Betäubungsmittel wurde die EKT weiter ausgefeilt. Man konnte auf diese Weise das Umsichschlagen der Patienten verhindern und die Gefahr einer Wirbelsäulenfraktur bei Krampfbeginn mindern. Damit war das Verfahren endgültig klinikfähig geworden und auch für depressive Patienten anwendbar. Während sich die EKT in Europa als „Behandlung“ etablierte, stieß sie bei den Psychoanalytikern der USA auf Skepsis und konnte sich dadurch erst zu einem späteren Zeitpunkt vollständig durchsetzen. Noch in den 40er Jahren kritisierte der Washingtoner Psycho-

²³ Edward Shorter, a.a.O., S. 328

²⁴ Der Psychiater Accornero, zit. nach ebd., S. 329

analytiker Sullivan, die EKT beruhe auf der Einstellung, daß es „besser sei, schwachsinnig zu werden, als schizophren zu sein“. Bereits 1959 war die EKT allerdings zur „vorrangigen Behandlungsmethode“ für manisch-depressive Erkrankungen und schwere Depressionen geworden.²⁵

Wenn auch keine Heilung möglich war, so sollte die EKT im psychiatrischen Paradigma eine entscheidende Rolle spielen. Sie schien genau das zu beweisen, wovon immer ausgegangen worden war: die biologische Grundlage der Verrücktheit. EKT schien das Diagnosenschema der Psychiatrie zu bestätigen. Von hier aus war die Entwicklung chemischer Substanzen, die hirngestaltend wirken mußten, nur noch eine Frage der Zeit. „By the 1950s, the field awaited the cut of a pharmacological scalpel.“²⁶ Medikamente, die genau die Diagnose bestätigten, daß Depression eine Krankheit spezifischer Regionen des Gehirns sei. Bereits 1938 hatte Sigmund Freud vom Standpunkt der Psychoanalyse aus dieselbe Erwartung: „Die Zukunft mag uns lehren, mit besonderen chemischen Stoffen die Energiemengen und deren Verteilungen im seelischen Apparat direkt zu beeinflussen.“²⁷

²⁵ vgl. Edward Shorter, a.a.O., S. 335

²⁶ David Healy, a.a.O., S. 42

²⁷ zit. nach: Alain Ehrenberg, a.a.O., S. 55

K A P I T E L 6
D E P R E S S I O N I M H I S T O R I S C H E N U N D
G E S E L L S C H A F T L I C H E N K O N T E X T

Die 1950/60er Jahre:

Psychiatrie, Antidepressiva und „die Unfähigkeit zu trauern“

*Ihr alle, denen die wilde Arbeit lieb ist
und das Schnelle, Neue, Fremde – Ihr ertragt Euch schlecht, Euer Fleiß ist Flucht und Wille,
sich selber zu vergessen.* FRIEDRICH NIETZSCHE, ZARATHUSTRA

Psychiatrie in Deutschlands Nachkriegszeit

Der zweite Weltkrieg ist in mancher Hinsicht ein entscheidender Einschnitt in der Geschichte der Psychiatrie und der Depression. Zum einen hatte er bei den Überlebenden seelische Wunden hinterlassen, „Kriegsneurosen“, die Psychiater und Psychoanalytiker beschäftigen mußten. Zum anderen hatte er alle Fachdiskurse auf Jahre unterbrochen. Nur mühsam wurde in Deutschland an die philosophisch ausgerichteten Schulen der Psychiatrie wieder angeknüpft.

In der Nachkriegszeit galt Deutschland als psychiatrisch unterversorgt. Auf 100.000 Einwohner kamen 181 Betten in psychiatrischen Kliniken, wenig im Gegensatz zu England und Wales mit 525 oder der Schweiz mit 400 Betten. 1959 stellt ein Bericht des Gesundheitsministeriums für die WHO fest: „Das letzte psychiatrische Großkrankenhaus wurde im Gebiet der Bundesrepublik, soweit wir in Erfahrung bringen konnten, vor 37 Jahren errichtet, wenn man von den Neubauten psychiatrischer Universitätskliniken absieht.“¹ Diese psychiatrischen Krankenhäuser waren noch bis in die 70er Jahre hinein mit Bettensälen ausgestattet, in denen teilweise über 30 Patienten untergebracht waren. 1971 waren in den 67 psychiatrischen Großkrankenhäusern circa 116.000 Menschen untergebracht, 50 Prozent gegen ihren Willen, 12,5 Prozent waren lebenslänglich hospitalisiert.² In vielen deutschen Anstalten hatte sich eine Atmosphäre menschenverachtender Behandlung auch noch nach Ende des Nationalsozialismus konserviert:

¹ H. J. Zusatz (Hg.): Aufgaben der psychischen Hygiene und praktischen Psychiatrie. Vier Sachverständigenberichte der Weltgesundheitsorganisation. In: Schriftenreihe aus dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens. Stuttgart 1959, S. VII

² vgl. Michael Putzke: Therapien in der deutschen Psychiatrie im 20. Jahrhundert. In: Uta George u.a.: Psychiatrie in Gießen. Gießen 2003, S. 398

„In dem Aufnahmetrakt der Station sind die Patienten gezwungen, Anstaltskleider zu tragen. Diese sind meist schäbig, eintönig, geflickt und verwaschen. Viele Patienten empfinden dies als entwürdigend, die Kleidung erweckt bei ihnen Assoziationen an größte Armut, Flüchtlings- oder Arbeitslager.“³ So heißt es in einem Bericht im Kursbuch 28, das 1969 erschienen war und die Verhältnisse in den Psychiatrien anklagte. Alle Reformansätze, die bereits in der Weimarer Republik existierten – Öffnung der Anstalten, Gründung von Tageskliniken und Ambulanzen – waren gekappt, führende Psychiater während des Krieges emigriert.

Die Ereignisse der nationalsozialistischen Herrschaft, die gezielte Ermordung psychisch und geistig kranker Menschen, war innerhalb der universitären Ausbildung kein Thema. In keinem Lehrbuch der Psychiatrie aus der unmittelbaren Nachkriegszeit sind die Verfehlungen der Anstaltspsychiater benannt. An der renommierten Heidelberger Universitätsklinik (hier war Kraepelin 12 Jahre lang Leiter gewesen, hier hatte Jaspers 1913 sein Lehrbuch der Psychiatrie verfaßt) wurde Kurt Schneider 1945 auf den Lehrstuhl für Psychiatrie berufen. Er hatte unter seinem Vorgänger Carl Schneider bis weit in das Jahr 1945 hinein an einem „Geheimauftrag der SS“ gearbeitet. Carl Schneider war im nationalsozialistischen „Euthanasieprogramm“ einer der Obergutachter, war von den Amerikanern 1946 verhaftet worden und hatte sich in der Haft das Leben genommen.⁴ Auch wenn die Heidelberger Klinik im Jahr 1955 mit W. von Baeyer einen Leiter bekam, der die anthropologische Ausrichtung der Psychiatrie förderte und insbesondere mit „Psychiatrie der Verfolgten“ die psychischen Folgen der Überlebenden der Konzentrationslager bearbeitete, blieb die nationalsozialistische Vernichtungspraxis im großen und ganzen Tabuthema.

Ausgangslage der Psychotherapie und Psychoanalyse

Die Psychotherapie übernahm zunächst relativ nahtlos das Erbe des Nationalsozialismus, indem bestehende Institute weitergeführt wurden. In Deutschland hatte Sigmund Freud mit Alfred Adler und C. G. Jung bereits in der Weimarer Zeit Widersacher. Die Psychoanalyse hatte sich in mehrere Lager zerstritten, der Begriff der Psychotherapie war nicht mehr nur der Psychoanalyse überlassen. Freud emigrierte 1938 nach London; andere bekannte Psychoanalytiker, wie Paul Federn, Heinz Hartmann, Ernst Kris flüchteten in die Vereinigten Staaten. Im Gegensatz zu Europa war die Psychoanalyse in den USA außerordentlich populär. Anders als in Europa mußten Psychoanalytiker seit 1923 Ärzte sein, womit die Psychoanalyse medizinische Anerkennung erfahren hatte.⁵ Die berühmten europäischen Exilanten wurden bald führende Figuren in der amerikanischen Psychoanalyse.

³ zit. nach Michael Putzke, a.a.O., S. 398

⁴ vgl. Heide Berndt: Die Entwicklung von Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland seit 1900. S. 19. www.asfh-berlin.de/uploads/media/alice_wissen_I_2004.pdf

⁵ Den amerikanischen Erfolg der Psychoanalyse erklärt David Healy auch mit der spezifisch amerikanischen Mentalität der Ablehnung von pessimistischen und fatalistischen Lebensauffassungen (D. Healy, a.a.O. S. 223). Schließlich verspricht die Psychoanalyse durch radikale Intervention in Seelenvorgänge eine Art innerer Reinigung und Veränderbarkeit. Die Indienststellung solcher „Technik“ als persönliches Erfolgsrezept ist verführerisch. Dazu E. Shorter: „In den USA spaltete man die Ich-Psychologie jedoch von der Sexuallehre der Es-Psychologie ab, um die Betonung ganz auf die Anpassung des Erwachsenen an die

Im nationalsozialistischen Deutschland war die Psychotherapie keineswegs verpönt, im Gegenteil: Man erkannte sehr wohl ihren machtpolitischen Nutzen. „Die Nationalsozialisten förderten nicht nur moderne psychotherapeutische Verfahren, sondern richteten auch 1941 an den Universitäten das Psychologiestudium ein, weil sie Fachleute brauchten, die Eignungstests mit Wehrmachtsangehörigen machen konnten, um sie an die richtigen Maschinen zu stellen.“⁶ Das sogenannte „Göring-Institut“ wurde 1936 in Berlin gegründet und wollte die drei modernen Psychotherapierichtungen (Freud, Adler, Jung) zu einer „Gemeinschaftspsychologie“ verschmelzen. „Die Psychoanalyse bemüht sich, unfähige Weichlinge zu lebensstüchtigen Menschen, instinktgehemmte zu instinktsicheren, lebensfremde Phantasten zu Menschen, die der Wirklichkeit ins Auge zu sehen vermögen ... Dadurch leistet sie eine hervorragende Erziehungsarbeit und vermag den gerade jetzt herausgestellten Linien einer heroischen, realitätszugewandten, aufbauenden Lebensauffassung wertvoll zu dienen.“⁷ So äußert sich der Psychoanalytiker Carl Müller-Braunschweig 1933 in der Zeitschrift „Reichswart“. I. H. Schultz, der Erfinder des heute so beliebten autogenen Trainings, war ebenfalls Mitglied des Göring-Instituts und empfiehlt seine Methode zur „Ertüchtigung“ und als „militärische Formationserziehung“⁸.

Durch die Existenz des „Göring-Instituts“ hatte die Psychotherapie in Deutschland nach Kriegsende gute Ausgangsbedingungen, denn das Institut wurde 1945 als „Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen“ in Berlin neu gegründet und von der Versicherungsanstalt Berlin (VAB) finanziert, Psychotherapie gab es zu dieser Zeit sogar auf Krankenschein.⁹

Die „Unfähigkeit zu trauern“

Erst mit Alexander Mitscherlich und der Gründung des psychoanalytischen Instituts 1960 in Frankfurt lebte in Deutschland ein kritisches Denken der Psychoanalyse wieder auf, das sich mit den Schuldfragen der nationalsozialistischen Diktatur und gesellschaftlichen Strukturen autoritären Verhaltens auseinandersetzte. Alexander und Margarete Mitscherlich stellten 1967 die deutsche „Unfähigkeit zu trauern“ zur Diskussion. Das Übermaß an Schuld, die das „Dritte Reich“ durch die Ermordung von Millionen, durch die Entfesselung eines beispiellosen Krieges auf sich geladen hatte, wird verdrängt - mündet nicht in einer Massenmelancholie, sondern in manischer Kraftanstrengung des Wiederaufbaus. Erinnerung wird tabuisiert. „Die Konfrontation mit der Einsicht, daß die gewaltigen Kriegsanstrengungen wie die ungeheuerlichen Verbrechen einer wahnhaften Inflation des Selbstgefühls, einem ins Groteske gesteigerten Narzissmus gedient hatten, hätte zur völligen Deflation des Selbstwertes führen, Melancholie auslösen

gesellschaftlichen Ansprüche zu legen. Diese Doktrin gefiel den amerikanischen Analytikern, weil sie im Gegensatz zu Freuds kulturpessimistischen Ansichten über die Unvermeidlichkeit von Verdrängungskonflikten in der Zivilisation progressiv und überdies ausgesprochen praktikabel schien...“ (Shorter, a.a.O., S. 259)

⁶ Heide Berndt, a.a.O., S. 15

⁷ Carl Müller-Braunschweig, zit. nach Heide Berndt, a.a.O., S. 16

⁸ Heide Berndt, ebd., S. 17

⁹ Dieses Berliner „Privileg“ der Psychotherapeuten dauerte allerdings nur bis 1957, als die VAB aufgelöst und von der Allgemeinen Ortskrankenkasse übernommen wurde.

müssen, wenn diese Gefahr nicht durch Verleugnungsarbeit schon in ‚statu nascendi‘ abgefangen worden wäre.“¹⁰ Damit Schuld und Scham abgewehrt werden können, gibt sich die große Masse der Bevölkerung nicht der Trauer hin, sondern zeigt Verbissenheit. Mangelndes Mitgefühl mit den Opfern und eine „auffallende Gefühlsstarre“¹¹ herrschen vor. Daraus rührt, so Mitscherlich, die Unfähigkeit der Deutschen, jetzt eine freie Gesellschaft aufzubauen; ihr arg lädiertes Selbstbewußtsein läßt eine Identifikation mit dem Wirtschaftssystem zu, aber blockiert die Phantasie „sozialer Gestaltungskraft“.¹² Trauer und (krankhafte) Melancholie wären, gesellschaftlich gesehen, adäquate Reaktionen auf die Zeit der nationalsozialistischen Herrschaft gewesen. Ihr Ausbleiben bedeutete aus dieser sozialpsychologischen Sicht eine tiefgehende Fehlentwicklung der Gesellschaft.

Die Verknüpfung psychoanalytischer und gesellschaftspolitischer Fragen bleibt ein bedeutsames und einflußreiches Phänomen der 1960er und 70er Jahre. Psychoanalyse wird als Deutungsmodell mehr und mehr ins Private und Individuelle zurückgedrängt, bis sie schließlich heute als Therapieform auf einen unbedeutenden Status reduziert ist. (siehe Seite 88 f)

In der Praxis der Psychiatrie in Deutschland bleiben Psychiatrie und Psychotherapie voneinander getrennte Bereiche. Reichardts Lehrbuch der Psychiatrie aus dem Jahr 1955 schreibt: „Einer eigentlichen Psychotherapie sind die Geisteskrankheiten nur begrenzt zugänglich...“ Psychiater sollen sich um Geduld, Menschenfreundlichkeit, Takt- und Mitgefühl bemühen, um „das Vertrauen der Patienten zu gewinnen und zu behalten.“¹³ Man geht davon aus, daß schwermütigen oder schizophrenen Patienten psychotherapeutisch beigestanden werden kann, daß sie aber einer Psychoanalyse nicht zugänglich seien.

Erste Psychopharmaka und ihre Auswirkung auf die Interpretation psychischer Erkrankung

Die „Entdeckung“ der ersten Psychopharmaka wirken sich vor allem auf die Interpretation der Erkrankungen aus, aber natürlich auch auf die Praxis der Behandlung. Bis zum diesem Zeitpunkt war die Psychiatrie ein Stiefkind der Medizin geblieben, die psychiatrischen Kliniken hatten eher den Ruf von „Verwahranstalten“ denn „Heilanstalten“.

Mit der Erforschung und Verbreitung von Medikamenten im Bereich der Psychiatrie konnten die Psychiater plötzlich so etwas wie eine Heilungsaussicht versprechen und das änderte grundlegend ihre Stellung und näherte sie der Allgemeinmedizin an. Sie waren nun nicht mehr bloße Diagnostiker, die eine mehr oder minder unsichere Prognose abgaben. Mit der Möglichkeit chemischer Beeinflussung änderte sich sukzessiv das Krankheitskonzept der Seele. Wenn synthetische Stoffe Verhaltensänderungen bewirkten, war damit nicht endlich bewiesen, daß die Seele nichts weiter war als eine körperliche Funktion des Gehirns?

¹⁰ Alexander und Margarete Mitscherlich: Die Unfähigkeit zu trauern. München 1994, S. 39

¹¹ Alexander und Margarete Mitscherlich, a.a.O., S. 40

¹² ebd., S. 23

¹³ M. Reichardt: Allgemeine und spezielle Psychiatrie. Basel 1955, S. 176/177.

Die Idee eines Psychopharmakons lag nach den Versuchen mit der Elektrokrampftherapie bereits Ende der 30er Jahre in der Luft, doch dauerte es bis zur Umsetzung noch bis weit in die Nachkriegszeit. Das erste Psychopharmakon war zunächst ein Mittel gegen Schizophrenie. Unmittelbar nach dem Krieg war die medizinische Forschung des Militärs vor allem an Substanzen interessiert, die Infektionen lindern oder Blutungen stillen konnten. Man wollte über den Einfluß auf den Hormonspiegel eine kreislaufstabilisierende Substanz verabreichen, um eine bessere Wundversorgung zu erreichen. Es machte sich bei ersten Verabreichungen 1952 bemerkbar, daß die zu diesem Zweck synthetisierte Substanz Chlorpromazin¹⁴ eine unerwünschte psychogene Wirkung hatte. Dieser Zufallsbefund brachte die französischen Psychiater Deniker und Delay auf die Idee, die Substanz psychotischen Patienten zu geben. Begeistert stellten sie fest¹⁵, daß die Symptome verschwanden und Chlorpromazin verbreitete sich als erstes „Neuroleptikum“ gegen Schizophrenie an den psychiatrischen Kliniken Europas und Amerikas. Die Arzneimittelfirma Smith, Kline und French verdiente 1955 bereits 75 Millionen Dollar an Chlorpromazin.¹⁶ Das Interesse der Pharmaindustrie und der Psychiatrie an der Herstellung von psychogenen Medikamenten war geweckt.

¹⁴ Chlorpromazin ist eine Verbindung ausgehend von synthetischem Methylenblau (Phenotazin), die 1883 als Nebenprodukt der Farbenherstellung bei BASF hergestellt wurde, ohne dass man damals etwas damit anzufangen wußte.

¹⁵ Begeisterung bei den Ärzten lösten die ersten Elektrokrampftherapien aus („Wo immer die Elektroschockapparatur aufgestellt wurde, rief sie große Begeisterung unter den klinischen Psychiatern hervor“ – Edward Shorter, a.a.O., S. 332), auch die Lobotomie – operative Entfernung eines Gehirnlappens – wurde anfangs begeistert praktiziert, in den USA allein 1949 5047 mal (ebd., S. 342). So wundert es nicht, dass den ersten Neuroleptika wahre Wunderwirkung unterstellt wurde. Eine gewisse Ernüchterung machte sich erst später breit: Nebenwirkung dieser Neuroleptika sind eine Art Starrheit des Körpers, roboterhafte Bewegungen, Schwerfälligkeit des Denkens.

¹⁶ vgl. David Healy, a.a.O., S. 41

Die pharmazeutische Intervention bietet ihm die Möglichkeit einer – selbst oder von anderen vorgenommenen – Behandlung, die seine Fähigkeit reduziert, mit einem Körper zu leben, für den er selbst noch sorgen könnte. IVAN ILLICH, NEMESIS DER MEDIZIN

Dreiteilung der Depression

Depression ist in den 1950er Jahren noch vor allem „endogene Depression“, eine Erkrankung, die häufig mit Wahnideen einherging und/oder sich phasenweise mit manischen Schüben abwechselte. Wer als depressiv diagnostiziert wird, ist in der Regel Patient einer psychiatrischen Klinik. Der Grund für die schweren depressiven Zustände lag für die Psychiater im Dunkeln. „Exogene Depression“ nannte man diejenigen Verstimmungen, deren Grund bekannt war, verursacht zum Beispiel durch den Tod eines Angehörigen, ein Trauma oder einen Schock. Von diesen beiden Depressionszuständen unterschied man die „neurotische“ Depression, deren Ursache in der „Persönlichkeitsstruktur“ des Depressiven zu suchen war. Diese Dreiteilung der Diagnose Depression basierte auf dem Urteil des Psychiaters über die jeweils dahinterliegende Ursache und schien für die meisten Fälle praktikabel. Die „neurotische Depression“ war zahlenmäßig in der Klinik am wenigsten zu finden, in der ärztlichen Praxis dagegen häufiger.

Die ersten Antidepressiva in Europa...

Nach dem durchschlagenden Erfolg des ersten Neuroleptikums gegen Schizophrenie sollte auch Depression chemisch angreifbar werden. Unabhängig voneinander werden als Nebenprodukte militärärztlicher Forschungen 1956/57 zwei unterschiedliche antidepressive Substanzen gefunden: in der Schweiz das beruhigend wirkende Imipramin aus der Stoffgruppe der Trizyklika¹⁷ und in den USA der „energizer“ Iproniazid, ein sogenannter MAO-Hemmer¹⁸.

Die Entwicklung des ersten Antidepressivums, Imipramin¹⁹ entstammt den Labors von Ciba Geigy in Zusammenarbeit mit den schweizer Psychiatern Kielholz und Kuhn. 1956 wurde die Substanz erstmals an depressiven Patienten getestet. Die Patienten seien bereits sechs Tage nach der Einnahme „wie verwandelt“ gewesen. Obwohl Kuhn seine Forschungsergebnisse 1957 auf dem Weltkongress der Psychiatrie in Zürich vorstellt, interessiert sich in Europa niemand so recht dafür. Kuhn selbst schrieb 1956: „Wir hatten eine ganze Reihe von Fällen, in denen die Wirkung vorbehaltlos als gut bezeichnet werden kann. Dies trifft zunächst vor allem für Depressionen zu. Leider ist unsere Gruppe solcher Fälle nur klein, da wir verhältnismäßig wenig derartige Fälle zu behandeln hatten.“²⁰ Die geringe Anzahl von Patienten und die Skepsis gegenüber einer pharmakologischen Beeinflussung eines so komplexen Krankheitsbildes, die

¹⁷ Stoffgruppe, benannt nach dem Molekulaufbau. Wirkmechanismus nicht bekannt.

¹⁸ Mono-amino-oxidase, ein Enzym, dessen Überschuss im Gehirn angeblich Depression auslösen sollte.

¹⁹ Ebenso wie im Fall von Chlorpromazin wurde diese Substanz 1898 von Thiele und Holzinger synthetisiert, ohne Vorstellung einer sinnvollen Anwendung. Beide Substanzen stammen also aus der Farbforschung des 19. Jahrhunderts.

²⁰ Roland Kuhn, zit. nach: Matthias Weber: Die Entwicklung der Psychopharmakologie im Zeitalter der naturwissenschaftlichen Medizin. Ideengeschichte eines psychiatrischen Therapiesystems. Urban & Vogel 1999, S. 165

in der europäischen Psychiatrie vorherrschten, verhinderten vorerst einen Durchbruch der Idee medikamentöser Behandlung. Karl Jaspers kann in seinem Lehrbuch von 1959 noch schreiben: „Unsere Mittel wirksamer, heilender körperlicher Behandlung sind spärlich, zumal wir bei der überwältigenden Mehrzahl der geistigen Abnormitäten und Krankheiten von entscheidenden körperlichen Ursachen nichts wissen.“²¹

Die ersten Antidepressiva in Amerika

In den USA setzte sich die Idee eines Antidepressivums schneller durch und von hier aus eroberte sie dann auch die europäische Psychiatrie. Die biochemische Forschung boomte. 1947 wird der Nobelpreis Medizin für die „Entdeckung der Bedeutung der Hormone des Hypophysenvorderlappens für den Zuckerstoffwechsel“ verliehen, 1950 für die „Entdeckungen bei den Hormonen der Nebennierenrinde, ihrer Struktur und ihrer biologischen Wirkungen.“²²

In der Leber wird das Enzym Cholinesterase gefunden, im Gehirn Monoaminoxidase (MAO). Man glaubt, durch die Hemmung dieses Gehirnenzyms ein Mittel gegen die sich nach dem Krieg wieder stärker ausbreitende Tuberkulose gefunden zu haben. Die zu diesem Zweck geeignete Substanz wird bei Hofmann LaRoche entwickelt und Iproniazid genannt. Iproniazid wurde 1951 aus Hydrazin hergestellt.

Die Geschichte von Hydrazin ist aufschlußreich. In den letzten Monaten des Krieges wurde im nationalsozialistischen Deutschland noch fieberhaft an der Entwicklung einer „Wunderwaffe“ gearbeitet, die das Kriegsgeschehen zuletzt zugunsten eines deutschen „Endsieg“ wenden sollte. Da kein konventioneller Raketentreibstoff mehr verfügbar war, entwickelte man in den Labors Hydrazin als Alternative zum knappen Äthanol. Nach der deutschen Kapitulation lagerten große Mengen ungenutzt und wurden von amerikanischen Chemieunternehmen beschlagnahmt. Aus ihm konnten zahlreiche Derivate gebildet werden, eben auch Iproniazid. Man testete es anfangs an Tb-Kranken, bis zu 10 Prozent der Behandelten reagierten verwirrt oder psychotisch, die Versuche wurden abgebrochen.

Nat Cline, Arzt und Vorsitzender des Forschungskomitees der amerikanischen Psychiater sah hier seine Chance. Er testete Iproniazid an psychisch Kranken und veröffentlichte seine Ergebnisse 1957 stolz als Durchbruch in der Behandlung von Depressionen. Der amerikanische Kongreß hatte 1955 schon 2 Millionen Dollar jährlich zur Finanzierung der Forschung an Psychopharmaka ausgeschüttet. So durften spektakuläre Erfolge und Veröffentlichungen nicht ausbleiben. Kline bestand darauf, der Erfinder von Iproniazid zu sein, führte Gerichtsverfahren gegen Konkurrenten und wurde durch diesen Kampf derart populär, daß er nach einem Titelbild im „Fortune Magazine“ 1960 als einer der zehn bekanntesten Männer Amerikas galt.²³

²¹ Karl Jaspers, a.a.O., S. 126

²² Auflistung und Titel der Nobelpreise unter:
www.dhm.de/lemo/html/kaiserreich/wissenschaft/nobelpreis/medizin/

²³ vgl. David Healy, a.a.O., S. 67–70

„Für das Publikum stellte das Hydrazinderivat Iproniazid schließlich deshalb ein plausibles ‚aktivierendes‘ Antidepressivum dar, weil Hydrazin als ‚energiereicher‘ Raketenbrennstoff in der damaligen Diskussion um die Notwendigkeit einer amerikanischen Weltraumfahrt eine große Rolle spielte. Kline erklärte öffentlich, Marsilid²⁴ sei ein ‚psychic energizer‘, der die politisch erforderliche Leistungssteigerung der amerikanischen Bevölkerung erzielen könnte.“²⁵ Marsilid erlangte öffentliche Aufmerksamkeit, weil mit ihm eine patriotische Botschaft verbreitet wurde. Ungeschminkt wird es in den Dienst amerikanischer Weltmachtspolitik gestellt. Als „ideologische Droge“ verkörperte sie den Anspruch Amerikas, nach Kriegsgewinn und im Begriff weltweiter Expansion, jeden Amerikaner zu mobilisieren und mit der dafür erforderlichen „Energie“ auszustatten. Der Wunsch nach Beherrschung untergründiger psychischer Kraftreserven und deren Einsatz im Sinne mächtiger nationaler Interessen begleitet den Start des ersten Antidepressivums.²⁶

Unter dem Namen Amitryptilin vermarktete Merck schließlich die Substanz und unterstützte Anfang der 60er Jahre die Verbreitung des neuen Medikaments durch die Herausgabe eines Buches über Depression, das die Depression als weitverbreitete Krankheit und keinesfalls nur als klinische Erscheinung darzustellen wußte. „Merck not only sold amitryptiline, it sold an idea.“²⁷

Der Aufstieg der Depression zur behandlungsbedürftigen Massenkrankheit hatte begonnen.

Neudefinition der Depression: Depression ist, was auf Antidepressiva reagiert

Ob „Trizyklikum“ in Deutschland oder „MAO-Hemmer“ in den USA – eine medikamentöse Beeinflussung depressiver Erkrankungen schien möglich. Diese Möglichkeit veränderte unmittelbar das Krankheitskonzept der Depression. Auch wenn die Akzeptanz und Verschreibung von Imipramin oder Amitryptilin sich nur langsam entfaltete, hat die Medikamentenentwicklung maßgeblich den Blick auf die Depression ab den 60er Jahren verändert.

- Psychiater beginnen die Diagnose „Depression“ nach der Wirksamkeit der von ihnen verabreichten Substanz zu richten. Wer auf das Medikament mit mehr Aktivität und besse-

²⁴ Markennahme für Iproniazid

²⁵ Matthias Weber, a.a.O., S. 162

²⁶ Ähnliches berichtet Ludwik Fleck, selbst Bakteriologe, in seiner 1935 erschienen Studie zu Erkenntnissen der Naturwissenschaft am Beispiel der Wassermann-Reaktion (Syphilis-Nachweis): „Das Entstehen der Wassermann-Reaktion ist also schon vom Anfang nicht etwa durch rein wissenschaftliche Momente bedingt. Soziales Motiv: Völkerwettkampf auf einem Gebiete, das auch Laien als sehr wichtig ansehen, eine Art vox populi durch den Mund eines Ministerialbeamten ausgesprochen – stand an ihrer Wiege.“ Wassermann war von Ministerialdirektor Althoff gebeten worden, auf dem Gebiet der Syphilis zu arbeiten, weil französische Forscher einen großen Vorsprung in der experimentellen Forschung hatten. (Ludwik Fleck: Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Frankfurt 1980, S. 90)

²⁷ David Healy, a.a.O., S. 76

rem Schlaf reagiert, mußte folglich an einer Depression gelitten haben. Das Medikament wird zum entscheidenden „Meßinstrument“ dafür, ob der Patient depressiv ist oder nicht.²⁸

Dies hatte Einfluß auf eine Neuordnung der diagnostischen Kategorien.

- Die Beschreibung depressiver Symptome wird breiter. Spiegelbildlich zur positiven Wirkung der Droge (mehr Schlaf, besserer Appetit, mehr Aktivität) werden Negativsymptome mit aufgeführt, die bislang für die Beurteilung einer Depression nur untergeordnet wichtig waren: Appetitmangel, schlechter Schlaf, wenig Aktivität. Die Diagnose setzt mehr auf äußere Merkmale des Verhaltens, als auf subjektive Schilderung der Patienten.
- Durch die scheinbar spezifische medikamentöse Behandlung der Depression wird diese erst zur (scheinbar) spezifischen Erkrankung. Sie gilt nicht mehr als Symptom einer tieferliegenden psychogenen Störung, sondern wird selbst zur Störung. Die wahnhafte Depression, das Kraepelin'sche „manisch-depressive Irresein“, die bipolare Depression wird zu einer (eher seltenen) Spezies der großen Gruppe der Depressionen. Der Wunsch nach „Spezifität“ – ein „mystischer Begriff“ (L. Fleck)²⁹ – folgt einer bakteriologischen Krankheitsvorstellung, bei der es einfach notwendig zu sein scheint, das Krankmachende zu zerstören. So wird die Vorstellung genährt, Depression über ein Medikament „abschalten“ zu können.
- Existiert nun ein Medikament, das spezifisch einen Seelenzustand beeinflussen kann, spricht das im Sinne der Allgemeinmedizin für die körperliche Ursache der Depression. Da der Körper mit der Aufspaltung in Materie und Psyche auf seine biochemische Funktion reduziert wird, scheinen wirksame Medikamente endgültig zu beweisen, daß Kraepelin recht hatte und psychische Vorgänge körperlichen Ursprungs sind.

Nach dem Erscheinen der Antidepressiva beginnen sich die diagnostischen Begriffe wie „endogene“ („psychotische“) und „exogene“, („reaktive“ oder „neurotische“) Depression langsam aufzulösen. Hatte nicht die Wirkung der Antidepressiva gezeigt, daß die Depression *eine* Krankheit sei, die man nicht, wie bisher, nach ihrer Verursachung unterscheiden sollte? Schließlich galt jede Depression, ob endogen oder exogen als behandelbar. Wozu noch einen Unterschied machen?

²⁸ Auch hier lohnt sich ein Blick in Ludwik Flecks Studie zur Syphilis. Die ursprünglich als „Lustseuche“ bezeichnete Krankheit, unter die aus heutiger Sicht aber auch Gonorrhöe, Ulcus etc. fiel, sonderte sich aus dieser großen Krankheitseinheit ab, weil es bestimmte Zustände gab, die gut auf Quecksilberbehandlung reagierten. So entwickelte sich bis ins 19. Jahrhundert eine „empirisch-therapeutische Krankheitseinheit“, die Syphilis dort sah, wo sich Quecksilberbehandlung als wirksam herausstellte. Die Grenzen zu anderen Erkrankungen blieben jedoch fließend. Erst der Nachweis der Syphilliserreger im Blut machte Syphilis zur wissenschaftlichen Tatsache, „zur felsenfesten, objektiven Existenz“. Genau diese Verfestigung der Krankheitseinheit hat nach Fleck als Denkstil die Möglichkeit enorm erschwert, die Syphilis als sich ständig in Bewegung befindliches Ereignis zu bewerten, das vor allem von den sie umgebenden sozialen, körperlichen und feinstofflichen Wechselwirkungen konstituiert wird. „Es existieren realerweise keine Krankheiten, sondern nur kranke Menschen.“ (Ludwik Fleck, a.a.O., S. 34)

²⁹ Er meint damit den Spezifitätsgedanken der Immunitätslehre, der die tatsächlich reich vorhandene Variationsbreite ein und derselben Bakterienart als Denkverbot außer Acht lassen mußte. (Ludwik Fleck, a.a.O., S. 43 f) Die nach Jahrzehnten Antibiotikagabe zu beobachtende Resistenzbildung von Bakterien hat Flecks Sichtweise Recht gegeben.

Im gleichen Atemzug wurden jedoch die Ränder und Konturen dieser *einen* Depression immer verschwommener. Ludwig Binswanger formuliert 1960 bereits eine Kritik, die aber ungehört verhallt: „Wenn wir das Wort Depression so weit als immer möglich vermeiden, so deswegen, weil dieser Begriff heute so verschiedenartige Bedeutungen hat, ja so verwaschen ist, daß es nicht mehr zum Ausgangspunkt einer phänomenologischen Untersuchung gemacht werden kann.“³⁰

Nach der Logik: wirkt das Antidepressivum, muß eine Depression vorliegen – folgte die Beobachtung, daß Antidepressiva bei verschiedensten psychischen Zuständen ebenfalls „wirkten“. Auch Angst- und Zwangsstörungen ließen sich mit ihnen behandeln. 1977 treffen sich die französischen Psychiater zu einer Tagung, auf der das Thema Depression klar dominiert. Insgesamt herrscht hier bereits eine gewisse Ratlosigkeit, wie Depression abgegrenzt, wie Untergruppen definiert und einer Beliebigkeit der Diagnose entgegengewirkt werden kann. „Der Erfolg der Depression beruht nicht auf einer besseren Abgrenzung der Pathologie, sondern auf einer Ausdehnung der Nosographie und einer Aufgliederung der Gemütsstörungen. Daher rührt die Beunruhigung, die sich bei einigen Psychiatern darüber einstellt, die Depression ausschließlich als diejenige Krankheit zu bezeichnen, die auf die Antidepressiva reagiert.“³¹

Körperchemie als Ursache für Depression

Im Gegensatz zu den Neuroleptika gegen Schizophrenie benötigten die Antidepressiva wesentlich mehr Zeit, sich bei Ärzten und Patienten durchzusetzen. Erst in den 70er Jahren beginnt ein größerer Absatz dieser Medikamente. So stieg die Anzahl der Verschreibungen von Antidepressiva von 4,3 Millionen 1977 auf 7,3 Millionen 1982³². Doch bereits vor ihrer Breitenwirkung hatte man die passende Theorie gebildet. „... a convincing theory about how they worked was practically established even before they had shown to work“³³, stellt Healy fest. Stoffwechselstörungen des Amin-, Serotonin- oder Katecholaminhaushaltes (sogenannte Neurotransmittersubstanzen) werden für die Stimmungstiefs des Menschen verantwortlich gemacht. Die Störung muß chemischer Art sein, denn nur so kann man den Wirkmechanismus des Antidepressivums erklären. Große Datenmengen werden in Studien über depressive Patienten gesammelt, um die Stoffwechseltheorie zu belegen. Widersprüchliche und befremdliche Ergebnisse aus anderen Studien werden beiseite gedrängt.³⁴ Berückend einfach und klar war die Hypothese, nun die Substanz gefunden zu haben, deren Konzentration im Blut ganz einfach darüber entschied, ob

30 Ludwig Binswanger: Melancholie und Manie. Phänomenologische Studien. Pfullingen 1960, S. 10

31 Alain Ehrenberg, a.a.O., S. 174

32 vgl. ebd., S. 169.

33 David Healy, a.a.O. S. 152.

34 vgl. ebd., S. 156 ff. So zitiert Healy eine Studie von Julius Angst aus dem Jahr 1985, der die Phasendauer von Depression und Manie in drei historischen Abständen untersuchte: dem Zeitabschnitt der Behandlung vor Einführung der Elektrokrampftherapie, nach ihrer Einführung, bzw. vor dem Erscheinen der Antidepressiva und nach weitgefächerter Anwendung von Imipramin. Er fand dabei heraus, dass die Zeitdauer der depressiven Phasen immer gleich blieb. „In other words, there is a natural rate of switching from depression to mania in bipolar patients. As Angst commented, there is also a natural tendency to believe that changes that come about after a drug is given are brought about by that drug.“ (S. 158)

oder wie schwer eine Depression sein sollte. Diese im Labor entstandenen Ergebnisse bestimmen von nun an den Klinikalltag und die Behandlung der Depression. Am Patienten wird man nun das „sehen“, was biochemisch vorgestellt wird. Individuellen Lebensereignissen, Beruf, Familie, Gesichtsausdruck und Körperhaltung, also erzähltem Leben der Patienten, wird eine immer untergeordnetere Stellung im System der Diagnose zugewiesen.

Jedoch, die zur Theorie passenden Wunderwirkungen stellten sich nicht ein. Jonathan Cole, Direktor der psychopharmakologischen Abteilung des National Institute of Mental Health der USA während der 60er Jahre stellt bereits 1971 fest: „Im Durchschnitt ist die Überlegenheit dieser Medikamente gegenüber Placebos nicht überwältigend.“³⁵ Die psychiatrische Literatur der 70er Jahre gibt noch zu: „30 oder 40 Prozent der Depressionen widersetzen sich der Behandlung, die antidepressive Wirkung zeigt sich erst nach zwei bis drei Wochen.“³⁶ Ist diese Wirkung auf das Medikament zurückzuführen oder fällt die natürliche Besserung zufälligerweise mit der Medikamentengabe zusammen? „Schmerzlich ist die Feststellung, daß es viele endogene Depressionen gibt, die auch beim sorgfältigen Austesten von Medikamenten und Dose von oralen, antidepressiven Mitteln nicht besser werden. ... Es ist schwierig zu bestimmen, ob und wie oft derartige Maßnahmen bei ‚therapieresistenten‘ Depressionen wirklich nützlich sind: wird nach mehrwöchiger vergeblicher Therapie eine neue versucht, fällt ja die Prüfung ihres Erfolgs in einen Zeitpunkt, in dem viele Depressionen spontan heilen.“³⁷ So urteilt Bleulers Lehrbuch der Psychiatrie 1983. In den 70er Jahren waren sich die Experten darüber einig, daß 80 Prozent der Depressionen von selbst wieder verschwinden.³⁸ „The physician ‚must also weigh the fact that perhaps 80 % or more of depressed patients will eventually recover without treatment‘ (Byck, 1975).“³⁹ Und Klaus Dörner stellt in seinem Lehrbuch fest: „Kein Mensch kann dauerhaft schwer depressiv sein. Es ist also eher lächerlich, das Ende einer Depression als therapeutischen Erfolg zu feiern.“⁴⁰

35 zit. nach Alain Ehrenberg, a.a.O., S. 105

36 zit. nach ebd., S. 172

37 Eugen Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York 1983, S. 490

38 vgl. Charles Medawar: The Antidepressant Web. Marketing depression and making medicines work. www.socialaudit.org.uk

39 ebd.

40 Klaus Dörner, u.a.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn 2002, S. 221

Die 1970er Jahre: Informationsgesellschaft und Psychoboom – Depression wird gesellschaftsfähig

Die Psychiatrie verändert ihr Gesicht.

Die Protestbewegung der 1960er Jahre fand in der Psychiatrie einen lohnenden Gegner. Theoretisch vorbereitet durch die Publikationen von Foucault, Goffman und Szasz, entwickelte sich eine praktisch-politische Bewegung, die die Öffnung und Abschaffung der Anstalten einforderte. Anfang der 1970er Jahre hatte der Psychiater Franco Basaglia in Italien damit begonnen.⁴¹ Ausgangspunkt antipsychiatrischer Theorie war die Kritik an der sozialen Konstruktion des Wahnsinns. Michel Foucault hatte sich als Historiker damit beschäftigt, auf welche Weise die Geburt der psychiatrischen Klinik des 17. Jahrhunderts ein Ergebnis der Aufklärung war, die alle Unvernunft aussperren mußte und Wahnsinn in diesem Sinne neu definierte. Goffman zeigte in seiner Untersuchung über die „totale Institution“, daß Anstalten in ihrer Grundkonzeption darauf abzielen, den hilflos gemachten Einzelnen zu brechen und zu beherrschen. Thomas Szasz ging weiter, indem er die Existenz von Wahnsinn als Krankheit überhaupt leugnete. Im Gegensatz zur körperlichen Krankheit, sei die psychische Krankheit ganz von der Interpretation des Psychiaters abhängig. Das Leben in der entfremdeten Gesellschaft führe zur sozialen Ausgrenzung und diese werde als Krankheit bezeichnet.⁴²

In Deutschland gründete sich 1969 das Sozialistische Patientenkollektiv Heidelberg. Einer der Gründer war der Psychiater Wolfgang Huber, der sich 1970 geweigert hatte, weiterhin an Chefarztvisiten und Konferenzen teilzunehmen. Statt dessen wurden Patientenvollversammlungen durchgeführt. Die Entlassung Hubers führte zur Besetzung des Dienstzimmers des Verwaltungsdirektors und zum Hungerstreik von Patienten und Mitarbeitern. Von Seiten der Universität wurde zeitweise eingelenkt, bis 1971 das SPK endgültig der Klinik verwiesen wurde, man vermutete Verbindungen zur Roten Armee Fraktion. „Dies war das Ende anti-psychiatrischer Aktionen in Deutschland.“⁴³ Die Kritiker der deutschen Psychiatrie waren junge

41 Basaglia und seine Mitarbeiter begannen mit der Auflösung der Irrenanstalt von Gorizia (Triest) in den Jahren 1971/72. 1977 verkündete man dort das Ende der alten Anstalt. Etliche italienische Provinzen folgten diesem Beispiel einer radikalen Psychiatriereform. In Italien konnte 1978 ein Gesetz durchgesetzt werden (Gesetz 180), das die allmähliche Auflösung aller Anstalten, sowie den Aufbau alternativer Strukturen vorsah, Neuaufnahmen verbot, Zwangseinweisungen erschwerte.

42 vgl. Thomas Szasz: Die Fabrikation des Wahnsinns. Olten 1974.

Im Grunde zementiert diese antipsychiatrische Sichtweise, so überzeugend sie den Begriff Krankheit im Bereich der Psyche leugnet, das Interpretationsmonopol der Medizin über den Menschen und seinen Körper. Darauf macht Ivan Illich aufmerksam. „Um ihre Auffassung zu verdeutlichen, stellen sie der ‚unwirklichen‘ psychischen Krankheit die ‚wirkliche‘ physische Krankheit entgegen: nach ihrer Meinung gilt die Sprache der Naturwissenschaft, die heute auf alle von den Ärzten untersuchten Zustände angewendet wird, eigentlich nur für die physische Krankheit. Physische Krankheit bleibt auf den Körper beschränkt, und sie gehört in dessen anatomischen, physiologischen und genetischen Kontext.“ (Ivan Illich: Die Nemesis der Medizin. A.a.O., S. 120) Stimmt man Szaczs These von den „wirklichen“ körperlichen Krankheiten zu, können diese nicht mehr als sozial verursacht und historisch konstruiert angesehen werden.

43 Heide Berndt, a.a.O., S. 23

Psychiater, wie Klaus Dörner, Ursula Plog oder Asmus Finzen, die den „Aufstand gegen die Väter“ probten. Sie bildeten den „Mannheimer Kreis“, der über alternative Möglichkeiten psychiatrischer Behandlung, die Abschaffung der Landesanstalten, die Einrichtung gemeindepsychiatrischer Einrichtungen nachdachte. 1970 gründeten sie die „Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“ (DGSP) und traten zum „langen Marsch durch die Institutionen“ an. Dörner leitete später die psychiatrische Klinik in Gütersloh, Finzen war als stellvertretender Direktor an der Universitätsklinik Basel tätig. Soziale Psychiatrie ist das Schlagwort der 70er und 80er Jahre. Diejenigen, die sich bis dahin als Daseinsanalytiker von der klassischen Psychiatrie Kraepelins abgesetzt hatten, begannen sozialpsychiatrisch zu theoretisieren.

Die Entwicklung von Psychopharmaka Ende der 1950er Jahre hat einen anderen Umgang mit psychisch Kranken begünstigt – sie waren nun „einstellbar“. Das gesellschaftliche Klima hatte sich wider die psychiatrischen Großinstitutionen gekehrt und Reformen waren angesagt. Walter Picard, Bundestagsabgeordneter der CDU, initiierte im Bundestag 1970 einen Antrag, die psychiatrische Versorgung der Bundesrepublik zu überprüfen. 1971 gründete er zusammen mit anderen Abgeordneten und sozialpsychiatrisch Tätigen, wie Dörner, Finzen, Häfner und andere die „Aktion psychisch Kranke“, die schließlich die Anregung zur „Psychiatrie-Enquete“ lieferte, deren Bericht 1975 erschien.

Zum Stichtag 1973 waren in den Großanstalten 60 Prozent Langzeitpatienten verzeichnet, davon lebten etwa die Hälfte mehr als 10 Jahre in der Klinik. Während der 1980er Jahre beginnt dann in der Bundesrepublik ein großangelegter Umbau der psychiatrischen „Versorgung“. Die großen Landesanstalten werden sukzessive aufgelöst bzw. Betten reduziert, Langzeitbewohner in Kleinheimen oder Wohngemeinschaften untergebracht. Stationen in den Krankenhäusern werden verkleinert, der Personalschlüssel erhöht. In der Gemeinde werden Wachinstanzen aufgebaut: Sozialpsychiatrische Dienste am Gesundheitsamt, Tagesstätten für psychisch Kranke, Beratungsstellen, Ambulanzen, psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, Betroffenenengruppen, Angehörigengruppen etc. Ein dankbares Arbeitsfeld für Sozialarbeiter, Psychologen, Therapeuten aller Art. Der anti-institutionelle Kampf der 1960er und 1970er Jahre hatte zwar zur Auflösung der Großinstitutionen geführt, dabei jedoch unzählige Kleininstitutionen gegründet. Die Institution hatte ihr Gesicht verändert.

Informationsgesellschaft und das neue Selbst

Der Ruf nach „psychischer Befreiung“ beschränkt sich nicht auf eine Veränderung der psychiatrischen Institutionen. Es ist sicher kein Zufall, daß die dritte industrielle Revolution, der Ausbau der Informationsgesellschaft und die „psychische Befreiung“ während der 1970er Jahre parallel liefen. Das Überschreiten gesellschaftlich auferlegter Schranken, die Abschaffung von Hierarchien, die Überwindung persönlicher Starrheit, das Aufbrechen festgeschriebener Regeln – all das ist für die Entwicklung und den Ausbau der neuen Technologien notwendig. In den frühen 70er Jahren wurde der Mikrochip entwickelt, der es ermöglichte, Computer billiger und handlicher herzustellen. Nicht nur an den Fließbändern der Fabriken, sondern auch in den Büros sollte die neue Technologie Einzug halten. In den 1970er Jahren beginnt für jeden spürbar die Ära der dritten industriellen Revolution, des Post-Fordismus, des postmodernen Kapi-

talismus, der Wissensgesellschaft. „Dieser Umbruch ist mit neuen Verwandlungen der Arbeit verbunden. Die einfache abstrakte Arbeit, die seit Adam Smith als Quelle des Wertes begriffen wurde, wird von komplexer Arbeit abgelöst.“⁴⁴ Während die Handarbeit des Menschen mehr und mehr automatisiert wird, verlangt die neue Produktionsweise Zugriff auf die immaterielle Arbeit. Das persönliche Sich-Einbringen in die Aufgabe wird zu dem, was zählt. „In diesem Sinne kann man von einer ‚totalen Mobilmachung‘ der Fähigkeiten und Anlagen, einschließlich der Gefühle und Emotionen sprechen. Von nun an können wir nicht mehr wissen, wann wir uns ‚außerhalb‘ dessen befinden, was von uns bei der Arbeit verlangt werden könnte.“⁴⁵

Disziplin, Gehorsam und Unterwerfung (Pünktlichkeit, Sauberkeit, Ordnung) waren bis in die 1960er Jahre soziale Tugenden, die keine Frage nach „innerer Motivation“ aufwarfen. Eine soziale Rolle sollte erfüllt werden. Wer fragt schon, was der Schauspieler denkt? Doch Ende der 1960er Jahre tritt das psychische Leben an die Öffentlichkeit. „Übersetzungen amerikanischer Werke voller Psychotherapie, Veränderungen der Rhetorik der Kummerkästen, Behandlung dieser Themen im Radio, all dies schafft einen öffentlichen Raum für die Sprache des Inneren.“⁴⁶ Erst schleichend, dann immer drängender, schließlich gesellschaftsumfassend lautet die Forderung: Selbstverwirklichung! Authentisch soll man werden, sich von Schuldgefühlen befreien, sich als Mann oder Frau neu definieren, sich (vor allem) mit sich selbst beschäftigen. „Die Wahrnehmung des Inneren verändert sich. Es ist nicht mehr nur der Ort des Geheimnisses, dessen, was einen selbst angeht oder der Gewissensfreiheit, es wird zu dem, was es ermöglicht, sich von einem Schicksal zu befreien, und sich sein Leben aussuchen zu können.“⁴⁷ Die Phantasie der Selbstformung geht sehr weit, das Ziel nicht weniger als „jegliches Leiden auszumerzen“⁴⁸. Jedem Menschen soll nahezu alles möglich sein, wenn er nur will. Und weiter: Jeder Mensch muß an der Gestaltung seines Inneren „arbeiten“, möchte er zu dem werden, was als ideal vorgestellt wird: selbstbestimmt und erfolgreich. Gestalttherapie, Urschreithherapie, Bioenergetik – die Zahl der Methoden und Techniken wird sich bis in die 1980er Jahre hinein vervielfältigen (ergänzt um esoterische Vorstellungen und Praktiken). „Die eigene Entwicklung wird kollektiv zu einer persönlichen Angelegenheit, die die Gesellschaft fördern soll.“⁴⁹ So wird die Psyche einerseits sozialisiert, indem öffentlich über sie gesprochen wird. Andererseits wird sie zur rein individuellen Angelegenheit, indem jeder eben nur über sein eigenes Inneres sprechen kann. Solcher Individualisierungsschub wird als „Evangelium der Entfaltung des Selbst“ gefeiert. Richard Sennett kritisiert 1974 bereits solchen Narzißmus als Verfall des öffentlichen Lebens.⁵⁰

44 André Gorz: Wissen, Wert und Kapital. Zur Kritik der Wissensökonomie. Zürich 2004, S. 15

45 Combes und Aspe, zit. nach ebd., S. 23

46 Alain Ehrenberg, a.a.O., S. 133

47 ebd., S. 128

48 ebd., S. 137

49 ebd., S. 135

50 In seinem Buch „Verfall und Ende des öffentlichen Lebens. Die Tyrannei der Intimität“. Frankfurt 1974.

An die Stelle der alten, bevormundenden Disziplinierung setzt sich der subtile Gehorsam unter „Sachzwänge“ und die automatisierte Kontrolle. Jeder ist in dieser neuen Ordnung aufgefordert, sich ganz individuell zu rüsten.

Auslaufmodell Psychoanalyse

Parallel zur Entwicklung und Vermarktung der ersten Antidepressiva und des gesellschaftlichen Individualisierungsschubs beginnt der Niedergang der Psychoanalyse als Therapieverfahren und als Deutungsinstanz. Ihr Niedergang hat die Dominanz biologischer Erklärungsmodelle des Menschen unterstützt. Analytische Therapieverfahren wurden nach und nach von der Verhaltenstherapie verdrängt, die heute in friedlicher Koexistenz mit dem medizinischen Paradigma allenfalls um mehr oder weniger Erfolg in der Behandlung streitet.

1971 vereinbarten die Krankenkassen in Deutschland erstmals, unter welchen Bedingungen ein Patient Psychotherapie beanspruchen kann. Psychotherapie sollte auf Krankenschein bezahlt werden, wenn ein Arzt diese „delegiert“, hierbei spielte es keine Rolle ob der Therapeut nun Pfarrer, Sozialarbeiter oder Psychologe war. Die „alte“, arbeits- und gefühlsaufwendige Psychoanalyse, die sich am Konflikt orientiert, wird zum Sondermodell, zur Luxusausgabe der Psychotherapie.

Die Entwicklung der ersten Psychopharmaka verstärkt diese Tendenz noch. So soll Ludwig Binswanger, psychoanalytisch orientierter Psychiater, nach der medikamentösen Behandlung eines Verwandten gesagt haben: „Fritz, du hast mit zwei Pillen die psychodynamische Feste zerstört, an deren Bau ich 50 Jahre gearbeitet habe.“⁵¹ In den USA wird nach Einführung der ersten Antidepressiva die Frage aufgeworfen, ob die Psychoanalyse noch beanspruchen darf, die „angemessene“ Therapie psychischer Krankheiten zu sein. Die Debatte wird sich über 30 Jahre hinziehen und die Vorherrschaft der Psychoanalyse als Erklärungsmodell für psychische Krankheiten beenden. Während in den 50er Jahren 50 Prozent des universitären Curriculums zur Facharztausbildung der Psychotherapie gewidmet war, hatten sich 1990 über 100 der 163 Fachausbildungsprogramme von der Psychoanalyse verabschiedet.⁵² Während 1950 bei einem Drittel der Patienten Psychoanalyse angewandt wurde, bestand die Behandlung 1975 wesentlich aus Medikamentenverschreibung und die Psychoanalyse war einer Reihe von konkurrierenden, begleitenden Psychotherapieverfahren (Gruppen- und Familientherapien) zum Opfer gefallen. Spätestens mit dem Gerichtsverfahren Rafael Osheroffs ist der Niedergang der Psychoanalyse in den USA auch öffentlich vollzogen. Osheroff hatte 1982 gegen die ihn behandelnde Klinik geklagt, in der er sieben Monate Patient gewesen war und ausschließlich psychoanalytisch behandelt worden war. Eine Besserung seiner Depression war nicht eingetreten und so klagte er, man habe ihn statt dessen medikamentös nach dem neuesten Stand der Erkenntnis

⁵¹ zit. nach Edward Shorter, a.a.O., S. 459

⁵² vgl. ebd., S. 458

behandeln müssen. Das Gericht erkannte ihm eine hohe Summe Schadensersatz zu und legte damit fest, daß eine antidepressive Behandlung ohne Medikamente einem ärztlichen Kunstfehler entsprach.

Heute gängige, in internationalen Standards festgeschriebene Psychotherapien, wie Verhaltenstherapie oder kognitive Therapie, orientieren sich am Behaviorismus (siehe Exkurs) und nicht an der Psychoanalyse. Sie dienen als Verstärker der medikamentösen Therapie. Seit 1980 ist die Verhaltenstherapie neben der analytischen und tiefenpsychologischen Therapie in den Leistungskatalog der deutschen Krankenkassen aufgenommen worden. Ausdrücklich ist in den Richtlinien der Krankenkassen festgehalten, daß analytische und Verhaltenstherapie sich gegenseitig ausschließen und daher nur alternativ gewählt werden können. Verhaltenstherapie ist das explizite Gegenmodell zur inzwischen als „unwissenschaftlich“ bezeichneten Psychoanalyse. Sie verspricht dem Einzelnen Erfolge, indem er konsequent ein an die Situation angepasstes Verhalten einübt. Auf diese Weise wird schnell klar, daß man sich psychischen Streß ersparen kann, indem man lernt, sich mit unguten Bedingungen abzufinden. Die psychotherapeutisch angeleitete Arbeit am Selbst wird mehr und mehr zum notwendigen Instrumentarium eines postindustriellen Angestellten, der Qualifikationen wie „Kommunikationsfähigkeit“, „Kreativität“ oder „Konfliktfähigkeit“ vorweisen soll, um sich an immer flexiblere Arbeits- und Lebenswelten anzupassen.

1999 wurde in Deutschland das Psychotherapeutengesetz verabschiedet. Seitdem wurde der Kreis der Behandler auf Personen mit einem abgeschlossenen Psychologiestudium (und genau festgelegten Fortbildungskursen) beschränkt. Die können nun aber mit der Kasse direkt abrechnen und sind insofern Ärzten gleichgestellt worden.

Exkurs

Behaviorismus: Psychologische Theorie der Aussonderung

Die Ver-Naturwissenschaftlichung der Psychologie führt Ende des 19. Jahrhunderts zur Trennung von der Philosophie. Dies geschah nicht ohne Widerstand. Dilthey und William James kritisierten dies und wollten die Seelenlehre in die Philosophie zurückholen. William James lehrte in Harvard und argumentierte gegen die Anhänger einer „streng naturwissenschaftlichen“ „physiologischen Psychologie“, Sinneserfahrungen seien in erster Linie die Erfahrungen eines Subjekts. So genannte Sinnesdaten, die von den psychologischen Laboratorien so hoch gehoben werden, seien erst das „Ergebnis einer Abstraktion aus der unmittelbar gegebenen Erfahrung.“^a Erfahrung sei wie ein breiter Strom, aus dem wir selektiv je nach Interessen, abhängig vom Kontext, einzelnen Fragmenten Aufmerksamkeit widmen. Dies bezeichnen wir mit Begriffen. Damit machen wir unsere Erfahrung zwar mitteilbar, aber wir zerstören damit auch zugleich ihre Unmittelbarkeit. „Die einheitliche Wirklichkeit der Erfahrung wird zerlegt in (objektive) ‚Wirklichkeit‘ und (subjektive) ‚Erfahrung‘, eine Trennung, die durch die Wissenschaft verabsolutiert wird.“^b James versucht, der Wissenschaft ihren absoluten Wahrheitsanspruch abzuspochen. Es gebe keine wahre Theorie über den Menschen, sondern wahr ist einzig dessen Subjektivität. „Dieser von James eröffnete Horizont einer Psychologie des konkreten Individuums wurde von der weiteren Entwicklung der Psychologie nicht ausgefüllt.“^c Der Behaviorismus setzte sich durch. John Watson proklamierte 1913 die endgültige Naturwissenschaft Psychologie, indem er sich nur auf das „Beobachtbare“ beschränken wolle. Beobachtbar sei „Verhalten“. Alles andere, die Überlegungen über Bewußtsein, Wille, Affekt etc. sei nicht beobachtbar und von daher nicht Gegenstand naturwissenschaftlicher Untersuchung. Watson ist der Auffas-

sung, Psychologie müsse zum „praktischen Leben des Menschen“ beitragen. Ziel sei „die Vorhersage und Kontrolle des Verhaltens“. „Das Individuum wird zum Objekt, gleich der äußeren Natur, wie diese der Anwendung der Methoden der Naturwissenschaft unterworfen. In dieser Verlängerung der Herrschaft der Naturwissenschaft über die ‚Natur‘ des Menschen, liegt die Trennung der Psychologie von ‚philosophischer Spekulation‘ begründet.“^d Letztlich geht es um Konditionierung. Watson benutzt den Begriff des „social engineer“, ingenieurmäßige Gestaltung des Sozialen. Das Verhalten wird so mit Reflexen belegt, daß es sich unter Ausschaltung des Bewusstseins selbst steuert, so die Phantasie und Praxis der Behavioristen. Watson fand auch an der Chicagoer Universität ein sozialreformarisches Betätigungsfeld. Die rasant wachsende Metropole war ihr soziales Labor. Watson stand der Reformbewegung fern. Er argumentierte nach dem Abebben der Reformbewegung, nicht die Änderung der sozialen Verhältnisse, sondern eine Verhaltensanpassung an diese ändere alles. Die Menschen sollen sich in Freiheit entwickeln können. Nicht in der „Freiheit der Freiheitsfanatiker ... sondern gemäß der behavioristischen Freiheit“, der „Änderung der Persönlichkeit mit Hilfe einer Veränderung der Umwelt.“^e Mit Umwelt ist hier der engste, beeinflussbare Umkreis einer Person gemeint, die Veränderung der Persönlichkeit oberstes Ziel. Laut Egon Friedell läßt sich die Theorie des Behaviorismus in einem einzigen Satz zusammenfassen: „Es gibt nur Tun.“^f Zeitgleich ist im fernen Rußland mit Pawlow die Reflextheorie verbreitet worden, die die manipulative Konditionierbarkeit des Menschen beweisen will und damit eine praktikabel einsetzbare Herrschaftsmethode über den Menschen denkbar werden läßt. 1929 reiste Pawlow in die USA und begeisterte Fred Skinner, der als Begründer der „operanten Konditionierung“ bekannt wurde.

Watson und Skinner gelten als Erfinder der Techniken der heute populären Verhaltenstherapie. Dieser Ausdruck wurde von Arnold Lazarus eingeführt und bürgerte sich 1958 ein. In Deutschland hat die Verhaltenstherapie seit 1968 in der „Deutschen Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie“ eine starke Lobby gefunden. 1980 arbeitete sie an den Richtlinien zur Durchführung von Psychotherapien mit, was dazu führte, daß die Verhaltenstherapie als Kassenleistung anerkannt wurde.

a Klaus Jürgen Bruder: Zwischen Kant und Freud: Die Institutionalisierung der Psychologie als selbständige Wissenschaft. In: Gerd Jüttemann u. a., a.a.O., S. 329

b ebd.

c ebd.

d ebd.

e ebd. S. 333

f Egon Friedell, a.a.O., S. 1515

Ende Exkurs

Ist moderne Depression ein „Produkt“ der 1970er Jahre?

Der französische Soziologe Alain Ehrenberg interpretiert den „Psychoschub“ der 1970er Jahre als Wechsel von der neurotischen Persönlichkeit zur depressiven Persönlichkeit. Die „alte“ Neurose entstand aus der Reibung mit den gesellschaftlich verordneten Pflichten, dem Zwang zum Gehorsam (Ödipus-Konflikt). Das Nichterreichen des Ich-Ideals (zum Beispiel so zu sein wie der Vater) führte zu Konflikten und Schuldgefühlen. „Ab den 70er Jahren legt sich eine neue Gattung von Patienten auf die Couch der Psychoanalytiker. Diese Patienten machen ihnen erheblich zu schaffen, denn anders als etwa den Neurotikern gelingt es ihnen nicht, ihre Konflikte zu erkennen, sie sich zu vergegenwärtigen. Ihnen fehlt die Basis, ohne die man nur schwer eine

Behandlung erfolgreich durchführen kann: die Schuld.“⁵³ In der neuen Situation der Auflösung von moralischen Gesetzen, Pflichten und Vorschriften heißt die Aufgabe, so etwas wie eine „Identität“ mit sich selbst zu erreichen. Die Folge: mißglückt „Identität“, bleibt eine Gewißheit der Unzulänglichkeit, die Depression. Für Ehrenberg ist das massenhafte Auftreten der Depression ein Beleg für die Pathologie der Identität. Die Befreiung aus der gesellschaftlichen Regulierung, die mit den 1970er Jahren in Aussicht gestellt wird, überfordere den Menschen. „... die Depression sagt etwas über die aktuelle Erfahrung der Person aus, denn sie verkörpert die Spannung zwischen dem Bestreben, nur man selbst zu sein, und der Schwierigkeit, dieses Projekt zu verwirklichen.“⁵⁴

Nur, was ist das Selbst, das man werden soll? Meint man das Selbst im emphatischen Sinne (werde der, der du bist) dann ist es keinesfalls herstellbar. Wie Gadamer sagt: „Das Selbst, das wir sind, besitzt sich nicht selbst. Eher könnte man sagen, daß es sich geschieht.“⁵⁵ Dazu gehören Zufälle, Verluste, das Geglückte und das Scheitern.

Das Selbst, wie es in der modernen Informations- und Konsumgesellschaft gewünscht wird, soll aber gerade davon nicht beeinflusst werden. Flexibel, kompromißbereit, teamfähig, anpassungswillig und wählerisch ist das Selbst von jedem Einzelnen als Erfolgsprogramm zu formen. Folgt man Richard Sennetts Analyse des „neuen Kapitalismus“ (dessen Beginn in die 1970er Jahre fällt), unterminiert „Flexibilität“ die Fähigkeit des Menschen, einen festen Standpunkt einzunehmen und sich selbst zu vertrauen. „Teamarbeit“ setzt an Stelle eines „wir“ die verlogene „Gruppenerfahrung der erniedrigenden Oberflächlichkeit“, da Macht und Konkurrenz im Team wirken, ohne daß das offen ausgesprochen werden darf. Die Folge: „Ein nachgiebiges Ich, eine Collage aus Fragmenten, die sich ständig wandelt, sich immer neuen Erfahrungen öffnet – das sind die psychologischen Bedingungen, die der kurzfristigen, ungesicherten Arbeitserfahrung, flexiblen Institutionen, ständigen Risiken entsprechen.“⁵⁶ Der Zwang, man selbst zu sein, ist der Zwang, so zu handeln, wie es erwartet wird. „Die menschliche Autonomie verwandelte sich in eine Tyrannei der Möglichkeiten, wie Hannah Arendt eindrücklich bemerkte. Das Kleingedruckte des großen modernen Emanzipationsgesetzes enthielt eine Klausel gegen jedes beruhigende Gefühl der Gewißheit.“⁵⁷ Stets hinkt man den versäumten Gelegenheiten der verordneten Verbesserung des Selbst hinterher.

Das neue Selbst der flexiblen Informationsgesellschaft ist wie ein Kaufhaus angelegt. Wer nicht so gut reden kann, bucht sich ein Rhetorik-Seminar, wer soziale Kompetenz „erwerben“ möchte, macht beim „Outdoor-Training“ mit, Einfühlungsvermögen lernt man beim Kurs „Gesprächsführung“. Falten werden weggespritzt, Fettpolster abgesaugt, das Äußere nach Stil-

⁵³ Alain Ehrenberg, a.a.O., S. 143

⁵⁴ ebd., S. 157

⁵⁵ Hans-Georg Gadamer, zit. nach Richard Sennett: Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin 1998, S. 202

⁵⁶ ebd., S. 182

⁵⁷ Zygmunt Bauman: Unbehagen in der Postmoderne. Hamburg 1999, S. 131

beratung zur „Bildschirmoberfläche“ aufgemöbelt. In Zeiten ungebremsen Konsums setzt sich das Selbst aus den „images“ von Adidas, VW, Miele und Microsoft zusammen. Störungen sollen möglichst schnell und effektiv ausgeschaltet werden. „Die neuen inneren Bedrohungen und deren Behandlungen zeichnen das Bild eines Individuums, dessen Identität chronisch zerbrechlich wird, das jedoch bestens über längere Zeit betreut werden kann.“⁵⁸

Ein Bedürfnis nach pharmazeutischer und therapeutischer Behandlung ist mit der Behauptung hergestellt, die Formung des Selbst hänge davon ab, wieviel Zugang man zur käuflichen Imageherstellung habe.

⁵⁸ Alain Ehrenberg, a.a.O., S. 247

Die 1980er Jahre: Ökonomisierung und Globalisierung. Depression in Zeiten des Selbstdesigns

Bist du verdrossen, flugs Soma genossen.

Ein Gramm versuchen, ist besser als fluchen. ALDOUS HUXLEY: SCHÖNE NEUE WELT

Flüchtige Moderne

Die alten Orientierungen an Autoritäten, an der Solidität und Sicherheit eines lebenslangen Arbeitsplatzes oder eines soliden Könnens sind obsolet geworden. Die „schwere Moderne“ mit ihrem Arsenal an Stahl, Beton, Maschinen und Arbeitermassen ist an ihrem Ende angelangt. Die Krise der Stahlindustrie und die Schließung großer Teile des Bergbaus während der 1980er Jahre sind Meilensteine einer grundlegenden Neuordnung der Industrielandschaft. Das Zeitalter der Software kennt keine räumlichen und zeitlichen Fixierungen mehr. „Mit der ‚flüchtigen Moderne‘ beginnt die Epoche der Auflösung, des Ausweichens, der leichten Fluchten und hoffnungslosen Jagden.“⁵⁹ Die Auflösung der angeordneten Welt in eine Welt der wählbaren Alternativen macht jeden zum Konsumenten einer Reihe von Selbstentwürfen, die eigenverantwortlich zum Gelingen gebracht werden sollen. Zu feste soziale Bindungen stellen sich als hinderlich heraus, wenn es darum geht, flexibel und „schwerelos“ den ständig wechselnden Anforderungen gerecht zu werden.

Die Vorstellung einer Gesellschaft und der damit verbundenen sozialen Verpflichtung löst sich mehr und mehr auf. An ihre Stelle tritt die Existenz frei flottierender Individuen, die sich allenfalls noch an bestimmten Interessenknotenpunkten zu Netzwerken verbinden können. „Die unrühmliche Floskel Margaret Thatchers ‚There is no such thing as society‘ war zugleich eine scharfsichtige Beobachtung zum Wandel des Kapitalismus, war Absichtserklärung und selbsterfüllende Prophezeiung.“⁶⁰ Gemeinschaften sind brüchig geworden. Single-Existenzen sollen das erfolgreichste Lebenskonzept in der schärfer werdenden Rivalität um Karriere-chancen sein.

Der Begriff „Spaßgesellschaft“, der Anfang der 1990er Jahre Verbreitung findet, bringt ungewollt den verordneten Hedonismus auf den Punkt. „Eine Kultur, die sich selbst als ‚Spaßgesellschaft‘ verachtet, kann so heiter nicht sein. Die Spaßgesellschaft hat keinen Augenblick an sich selbst geglaubt. Und sie hat sich als Falle erwiesen.“⁶¹ Zu einem Zeitpunkt, als öffentlich das „Ende der Arbeit“⁶² konstatiert wird und die Unsicherheit staatlicher Versorgung am Horizont aufscheint, ist „Spaß“ die Tünche für ein unterschwellig sich ausbreitendes Gefühl

⁵⁹ Zygmunt Bauman: Flüchtige Moderne. Frankfurt 2003, S. 144

⁶⁰ ebd., S. 79

⁶¹ Georg Seeßlen, Tagesspiegel vom 21.10.2000

⁶² Jeremy Rifkins Buch erscheint 1995.

der Leere, der Langeweile und der Angst vor der Zukunft. „Mangels langfristiger Sicherheit erscheint das Streben nach ‚unmittelbarer Befriedigung‘ als eine vernünftige Strategie. Was immer das Leben zu bieten haben mag, das Angebot möge bitte ‚hic et nunc‘ gelten – auf der Stelle.“⁶³

Antidepressiva als Glücksdroge

Insofern ist das Erscheinen einer neuen Gattung von Antidepressiva keinesfalls zufällig, sondern angesagt. Gezielt erforscht, marktgenu plziert wird 1987 in den USA unter dem Markennamen „Prozac“ eine neue Droge werbewirksam der amerikanischen Öffentlichkeit präsentiert. Wenn Depression sich als das definiert, was mittels Antidepressiva behandelt werden kann, lautet die neue Botschaft jetzt: Depression ist ein gänzlich unnötiger Zustand, weil Wohlbefinden und Glück so einfach herstellbar sind. Mit dem Kauf von „Prozac“ werden Möglichkeiten der Selbstgestaltung suggeriert, die über die Behandlung depressiver Stimmung weit hinausgehen.

Prozac wurde als Glücksspiel angepriesen. Peter Kramer, ein amerikanischer Psychiater, landete mit seinem Buch „Listening to Prozac“ 1990 einen Bestseller, indem er pries, mit diesem Medikament sei es endlich möglich, die eigene Persönlichkeit zu formen. Er nannte das „kosmetische Psychopharmakologie“. Woody Allan bekannte sich als aktiver Prozac-Konsument, andere Prominente folgten. Prozac war in den USA Tagesthema. Der Lancet schreibt 1990: „Die Depression zu beenden wird ebenso einfach sein, wie eine Schwangerschaft zu verhindern: Nehmen Sie Ihre Pille und seien Sie glücklich.“⁶⁴ So wird die neue Generation der Antidepressiva als Mittel zur Verbesserung des Ich angepriesen, als Energielieferant in allen Lebenslagen. Wozu noch Depression? „Wir verlassen damit den Bereich, in dem die Krankheit auch eine Erfahrung ist, aus der man etwas lernen muß, um ‚genesen‘ zu können.“⁶⁵ Nicht Heilung, sondern Verhaltensregulierung unter medizinischer Betreuung ist die Botschaft von Prozac. „Die neuen Methoden, uns von der Depression zu befreien oder sie zu erleichtern, führten zu der Befürchtung, daß wir aus unserer Psyche, wie es Pierre Legendre schrieb, ‚einen regulierbaren Apparat‘ machen.“⁶⁶

Ersatz für Valium

„Prozac“ sollte eine wichtige Marktlücke schließen. Beruhigungsmittel wie Valium waren in Verruf geraten. Nach 10 Jahren Valiumgebrauch war aufgrund eines öffentlich vielbeachteten Musterprozesses erwiesen worden, daß dieses Medikament abhängig machte. Angst und Unruhe, die damit vertrieben werden sollte, kamen um so stärker zurück, als die Patienten versuchten, Valium abzusetzen. 1975 nahm die amerikanische Medikamentenbehörde die „Benzos“ unter

⁶³ Zygmunt Bauman, a.a.O., S. 191

⁶⁴ zit. nach Alain Ehrenberg: a.a.O., S. 216

⁶⁵ ebd., S. 208

⁶⁶ ebd., S. 193

verschärfte Kontrolle. Jede fünfte Frau und jeder dreizehnte Mann hatten 1970 in den USA das Beruhigungsmittel Valium eingenommen.⁶⁷ 1980 war der Konsum zurückgegangen, so daß registriert werden mußte, daß Valium „nur“ noch an 32ster Stelle der meistverkauften Medikamente rangierte.⁶⁸ Der zusammengebrochene Markt sollte wieder aufgefüllt werden. „Als Valium auf den Markt gekommen war, waren Patienten wie Ärzte sofort bereit gewesen, ihre Probleme dem Begriff Angst zuzuordnen, nur weil es offenbar ein wirksames Mittel dagegen gab. Als nun Prozac, ein Medikament gegen Depression auftauchte, wurden plötzlich überall Anzeichen von Depressionen entdeckt.“⁶⁹

Ebenso wie nach dem Erscheinen der ersten Antidepressiva war die Begeisterung in der Fachwelt groß. Dieses Medikament sei schneller wirksam, habe weniger Nebenwirkungen und zudem den angenehmen Effekt, daß man mit seiner Einnahme auch Gewicht verlieren kann. In den USA und England expandierte der Markt für die neuen Antidepressiva (SSRI⁷⁰) dramatisch. In England stieg der Anteil der SSRIs an allen verschriebenen Antidepressiva von 1 Prozent 1991 auf 32 Prozent 1995. 73 Prozent der Arzneimittelnkosten gegen Depression entfielen 1995 auf die neuen Präparate.⁷¹ In Frankreich hat sich die Verordnung von Antidepressiva zwischen 1981 und 2001 versiebenfacht, dabei hat Prozac inzwischen die Spitzenposition übernommen.⁷² In Deutschland ist die Verschreibung von SSRIs von 2001 auf 2002 um 25 Prozent gestiegen.

Prozac: neoliberale Botschaft

Prozac erscheint sicher nicht zufällig zu einem Zeitpunkt, als das Gesundheitswesen in seiner bisherigen Form zur Disposition steht. Die Ökonomisierung des Gesundheitssektors zum wettbewerbsorientierten, profitablen Wirtschaftssektor beginnt in den 1980er Jahren. Neoliberalismus und Globalisierung, die Debatte um Standortfragen, zu hohe Arbeitskosten etc. kennzeichnen die gesellschaftliche Diskussion. In Deutschland markiert das Blüm'sche Gesundheitsreformgesetz von 1987 die Kehrtwende zur deregulierten, marktwirtschaftlich ausgerichteten Gesundheitspolitik. Unter dem Motto „Senkung der Lohnnebenkosten“, „Sicherung des Standortes Deutschland“ sollen die Kosten der Krankenversicherung für die Unternehmen gesenkt werden. „Allein Ende der 80er bis Mitte der 90er Jahre wurden 46 größere Gesetze und 6.800 Einzelbestimmungen für die gesetzliche Krankenversicherung in Kraft gesetzt.“⁷³ Nur einige Eckpunkte derselben: Einführung des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse zur Wirtschaftlichkeitskontrolle, Budgetierung der Krankenhäuser, erste Zuzahlungsbestimmungen (1989), Absenkung des Krankengelds, Kürzung der Kuren, leistungsorientierte Vergütung und

⁶⁷ Edward Shorter, a.a.O., S. 474

⁶⁸ vgl. ebd., S. 475

⁶⁹ ebd., S. 478

⁷⁰ Abkürzung für „Selective Serotonin Reuptake Inhibitor“

⁷¹ vgl. Charles Medawar, a.a.O.

⁷² Frankfurter Rundschau: Frankreich schluckt Pillen. 10.2.2004.

⁷³ Hans Ulrich Deppe: Zur sozialen Anatomie des Gesundheitswesens. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland. Frankfurt/M. 2000, S. 109

damit betriebswirtschaftliche Führung der Krankenhäuser-Fallpauschalen (1996), Einführung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen mit freier Wahl der Krankenkasse (1997). Tatsächlich verlagern sich die Kosten, die seit 1987 weiter kontinuierlich anstiegen, von der Solidargemeinschaft auf den, der Leistungen in Anspruch nimmt: den einzelnen Patienten. Die massive Erhöhung der Patientenzuzahlung im Jahr 2004 ist der vorläufige Höhepunkt dieser Entwicklung.

„Interessant ist auch, daß der Anstieg der Gesundheitsausgaben in Großbritannien mit seinem kostengünstigen nationalen Gesundheitsdienst genau mit dem Jahr (1991) einsetzte, in dem die neu eingeführten ‚Internen Märkte‘ oder ‚Quasi-Märkte‘, die den Wettbewerb stimulieren sollten, wirksam zu werden begannen.“⁷⁴ Je mehr Wettbewerb im Gesundheitssektor, desto egoistischer bemüht sich jeder Sektor des liberalisierten „Gesundheitsmarktes“ um Sicherung und Ausbau der je eigenen Position. Die Gesamtausgaben steigen und steigen. Der ideale Patient ist der rentable Patient. Die Kassen möchten denjenigen versichern, der das geringste Krankheitsrisiko trägt. Die Krankenhäuser möchten möglichst viele aufwendige Untersuchungen durchführen. Für niedergelassene Ärzte lohnt sich das Gespräch mit den Patienten nicht mehr, weil es nur mit 7,50 Euro abgerechnet werden kann. Die gewollte Konkurrenz treibt das Gesundheitswesen auseinander. „Als Steuerungsinstrument wirkt Wettbewerb deshalb sozial selektiv und polarisierend. Er ist damit gegen Solidarität gerichtet. Das Resultat von Konkurrenz ist immer: Gewinner und Verlierer. Und die Verlierer sind die Schwachen.“⁷⁵

Ein ökonomisiertes Gesundheitswesens sieht eine Ausweitung des „Patientenmaterials“ gern. Schließlich braucht man seine Kunden. Während 1986 2.588 Nervenärzte die Palette psychischer Erkrankungen behandelte, rechneten im Jahr 2002 4.811 Nervenärzte, 5.597 Psychiater (ärztliche Psychotherapeuten) und 14.193 psychologische Psychotherapeuten ihre Arbeit an der Psyche mit den Krankenkassen ab.⁷⁶

Der Psychiater Asmus Finzen weist darauf hin, daß die Schwerkranken das Nachsehen haben. „Die qualifizierteste psychotherapeutische und psychiatrische Hilfe wird jenen zur Verfügung gestellt, die ihrer am wenigsten bedürfen, den Menschen mit Befindlichkeitsstörungen, die sich Unterstützung am wirksamsten organisieren können, die das tauglichste Hilfesuchverhalten haben und über die solidesten finanziellen Ressourcen verfügen. ... Für die Schwerkranken stellt sie (die Medizin) die Rationierung der medizinischen Leistungen in vorausseilendem Gehorsam an die Wirtschaftsgesellschaft eilfertig in Aussicht“⁷⁷

74 Hans Ulrich Deppe, a.a.O., S. 239

75 ebd., S. 254. Deppe liefert anschauliche Beispiele für die verheerende Wirkung des Marktprinzips im Gesundheitswesen. Insbesondere stellt er fest, dass die Kommerzialisierung der Arzt-Patient-Beziehung eine vollständige Auflösung des Vertrauens zur Folge hat und damit den Patienten noch schutzloser dem Medizinbetrieb ausliefert.

76 Zahlen aus: Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung 2002. Kassenärztliche Bundesvereinigung. www.kbv.de/l25.html

77 Asmus Finzen: Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? Räsonnieren über das Heilen. Bonn 2002, S. 47

Depression als Lifestyle

In einer Marktanalyse der Deutschen Bank aus dem Jahr 2002 werden Antidepressiva folgerichtig als „Lifestyle-Drugs“ klassifiziert. Die außerordentliche Ausbaufähigkeit dieses Marktes wird hervorgehoben. „Mit Zuwächsen zwischen knapp 5 und 10 Prozent rechnen wir für Anti-Depressiva, Mittel gegen Haarausfall und Verhütungsmittel.“⁷⁸ Antidepressiva als Lifestyle-Drugs, wie auch das Potenzmittel Viagra (Pfizer), oder das Antifettmittel Xenical (Roche) sind gefragte Mittel des Selbstdesigns. Der Trend „wellness und zwar subito“ habe inzwischen auch das Gesundheitswesen erreicht. Es lohnt sich, die Studie ausführlicher zu zitieren: „Seit einigen Jahren forcieren die Pharmaunternehmen den für sie lukrativen Bereich der Lifestyle-Drugs, da sowohl jüngere als auch ältere Konsumenten bereit sind, für diese Erzeugnisse zum Teil tief in die Tasche zu greifen. Lifestyle-Erzeugnisse kurieren keine lebensbedrohlichen Krankheiten, sondern sollen allein Wohlbefinden und Aussehen der Konsumenten verbessern. Für die international tätigen Pharmaunternehmen eröffnet sich hier ein Milliardengeschäft und damit zugleich eine Möglichkeit, den verschärften Kostenbegrenzungen in den Gesundheitssystemen vieler Industrieländer auszuweichen. ... Das bisher lohnendste Geschäft im gesamten Lifestyle-Segment ist der Boom mit Anti-Depressiva.“ Eli Lilly erzielte mit Prozac 2001 einen Umsatz von 2 Milliarden Dollar. Da das Patent inzwischen ausgelaufen ist, können auch andere Unternehmen mit billigeren Generika⁷⁹ (Nachahmerprodukten) ins Geschäft einsteigen. „Dadurch erhält die Nachfrage nach Anti-Depressiva merkliche Impulse – vor allem von Konsumenten, die sich das teure Originalprodukt bisher nicht leisten konnten.“ Für 2010 rechnet die Deutsche Bank mit einem Umsatz von 26 Milliarden Dollar, denn „auch in konsumschwachen Zeiten sitzt das Geld für Lifestyle-Präparate locker in der Tasche.“ Gesundheit und Wohlbefinden in seiner pervertierten Form ist kaufbar für diejenigen, die zu den „Leistungsträgern“ der Gesellschaft zählen. „Das Antidepressivum hört auf, ein Medikament zu sein, so wie die Depression aufhört, eine Krankheit zu sein.“⁸⁰

78 Uwe Perlitz, Deutsche Bank Research: Pharmamarkt: Run auf Lifestyle-Drugs von Demografie verstärkt. www.dbresearch.de

79 Das gute Geschäft mit Generika führt dazu, dass die großen Pharmaunternehmen die Hersteller der Generika aufkaufen. So kaufte kürzlich Novartis die bayerische Firma Hexal, sowie zeitgleich die amerikanische Eon Labs und stieg damit zum größten Generikaanbieter auf. („Novartis schluckt Hexal“, Frankfurter Rundschau, 22.2.05)

80 Alain Ehrenberg, a.a.O., S. 241

Mythos Antidepressiva

Das Marketing für die zweite Generation der Antidepressiva wurde von den Herstellern auf eine Weise geplant, die möglichen Kritikern von vornherein den Wind aus den Segeln nehmen sollte. Zunächst wurde von Seiten der Pharmaindustrie besonders die Gefährlichkeit einer Diagnose Depression herausgestellt. Die Gesellschaft brauche daher ihr neues Medikament als Schutz für breite Teile der Bevölkerung. Zweitens wurde immer wieder auf die Harmlosigkeit und Ungiftigkeit der Rezeptur hingewiesen, die keinesfalls zu Abhängigkeiten führe. Und drittens pries man schließlich die neuen Antidepressiva als allgemeines Mittel des Wohlbefindens an.

1990 wurde bereits von zwei Forschern aus dem McLean Hospital berichtet, daß Prozac nicht nur gegen Depressionen wirke, sondern auch bei etlichen anderen Störungen, wie zum Beispiel bei Schwindelattacken, Panikstörungen etc. Daraus schlossen sie, daß all diese Störungen biochemisch etwas gemeinsam hätten. „Damit war eine enorme Ausweitung des Begriffs ‚Depression‘ wissenschaftlich gerechtfertigt worden.“¹ Depression war nun nicht nur eine Massenerkrankung, sondern die „am weitesten verbreitete Krankheit der Menschheit“² geworden.

Eine kritische Debatte zum Thema Antidepressiva, speziell der neuen Generation, existiert kaum. In Großbritannien hat sich der Psychiater und Historiker David Healy mit den Versprechungen der pharmakologischen Psychiatrie und mit der Geschichte der Antidepressiva auseinandergesetzt. Seine kritische Haltung führte dazu, daß ihm eine Universitätsstelle im kanadischen Toronto nach anfänglicher Zusage wieder entzogen wurde (siehe Exkurs).

Seit 1998 stellt der englische Psychiater Charles Medawar seine Erkenntnisse und Nachforschungen zum Thema Antidepressiva, speziell den SSRIs, zur Lektüre und Diskussion ins Internet.³ Er befaßt sich mit der Geschichte der Antidepressiva und den Interessen der Pharmaindustrie, vor allem aber mit den Methoden ihrer Steuerung fachlicher und öffentlicher Meinung. Die expansive Zunahme der Diagnose Depression (und ihre gesellschaftliche Akzeptanz) hat einen dramatischen Anstieg des Konsums psychogener Medikamente nach sich gezogen. Die

¹ Edward Shorter, a.a.O., S. 482

² James Hudson, Harrison Pope: Affective Spectrum Disorder. AJP 1990. Zit. nach ebd.

³ www.socialaudit.org.uk

Empfehlung der Hersteller, wie Antidepressiva einzunehmen und zu dosieren seien, läuft stets auf eine hochdosierte Langzeiteinnahme hinaus. Den Patienten wird geraten, keinesfalls eigenständige Versuche des Absetzens zu unternehmen.

Für Medawar heißt die zentrale Frage: wirken Antidepressiva überhaupt oder erwecken sie nur den Anschein? Der Schein ihrer Wirkung könnte nämlich darin bestehen, daß Patienten regelrechte Entzugsprobleme entwickeln, wenn sie versuchen, die Tabletten abzusetzen. Wenn es ihnen nach dem Absetzen der Tabletten schlecht geht, wird das als depressiver Rückfall gedeutet, obwohl diese Reaktion genauso gut ein typisches Symptom für eine bereits bestehende Medikamentenabhängigkeit sein kann.

Exkurs



Der Fall Healy

Im November 2000 packt Dr. David Healy seine Koffer^a, um einem Ruf an das „Zentrum für Suchterkrankungen und psychische Gesundheit“ (Center for Addiction and Mental Health) und an die Universität Toronto zu folgen. Ihm wurde eine Stelle als Direktor des Programms Affekt- und Angststörungen, sowie eine Professur im Fach Psychiatrie angeboten. Healy ist Brite, Direktor des Fachbereichs Psychologische Medizin an der Universität Wales und bekannter Kritiker des Umgangs mit Psychopharmaka. Als Wissenschaftler ist er renommiert, seine Thesen sind nicht nur in seinen Büchern veröffentlicht, sondern auch in zahlreichen Fachvorträgen erläutert worden. Am 30. November ist Healy zu einem Vortrag anlässlich des 75-jährigen Jubiläums des Fachbereichs Psychiatrie, seinem künftigen Arbeitgeber, in Toronto eingeladen. Eine gute Gelegenheit, den Stand der Planung für seine Arbeitszimmer zu besprechen und sich über die Einschulungsmöglichkeiten für seine Kinder zu erkundigen. Er erörtert mit Dr. Goldblum, dem Chefarzt des Krankenhauses, noch einige formale Fragen des anstehenden Umzugs. Dr. Goldblum sichert ihm jegliche Unterstützung zu. Dr. Healys Ankunft werde dringend erwünscht, je schneller, desto besser. Schließlich hatte man Verhandlungen über die neue Stelle schon seit 1998 geführt, und nun sollte es endlich dazu kommen. Am Abend fährt Healy in die Universität, um seinen Vortrag zu halten. Vier Tage später wird sein Vertrag mit Klinikum und Universität Toronto annulliert. Was war geschehen? Offensichtlich muß er sich in den Augen seiner zukünftigen Vorgesetzten eklatant daneben benommen haben. Dr. Healy hatte in

seinem Referat vor großem Publikum öffentlich wiederholt, was auch in seinen Büchern zu lesen ist und unbequeme Fragen gestellt. Wenn es wahr sein soll, daß Psychopharmaka überaus wirksam sind, wie kommt es dann, daß heute dreimal so viele Zwangserkrankte in der Psychiatrie behandelt werden wie vormals, daß die Patientenzahl überhaupt sich verfünffzehnfachen konnte und die psychiatrische „Karriere“ in immer früherem Lebensalter beginnt? Warum werden die Probleme immer größer, wenn doch die Behandlung so effektiv zu sein beansprucht? Warum bekommen Kinder schon im Alter von 3 oder 4 Jahren Medikamente wie Ritalin oder Prozac? Warum wird dem Verdacht nicht nachgegangen, daß das Antidepressivum Prozac selbst der Verursacher vieler psychischer Probleme ist?

Für Dr. Goldblum und seine Kollegen aus dem Führungsgremium des Klinikums und der Universität war Healy „zu weit gegangen“. Vollkommen aufgebracht waren sie nach dem Vortrag zusammengekommen und beschlossen unmittelbar, den unbequemen Frager wieder nach Großbritannien zu schicken. Healys Schlußfolgerungen seien unwissenschaftlich und verantwortungslos. Es sei skandalös, die beste Entwicklung in der Medizin seit 50 Jahren, nämlich die Antipsychotika, negativ darzustellen. Zwar habe man jemanden an die Universität holen wollen, der auch konträre Ansichten vertrete, aber hier sei eben die Grenze überschritten etc. Druck von Eli Lilly, dem Hersteller des Medikaments Prozac, habe es nicht gegeben. Zwar habe Eli Lilly dem Klinikum kürzlich eine „großzügige“ Spende von 1 Millionen Dollar überwiesen. Aber man lebe nun mal in einer Welt, in der medizinische Entwicklung Teil der Industrie sei. 18 Prozent der universitären Forschung in Toronto sei von der Pharmaindustrie bezahlt.

Healys Fragen können da nur stören: Was passiert, wenn Universitäten von Pharmafirmen oder anderen großen Unternehmen abhängig sind? Kann man noch über die von diesen präsentierten Daten diskutieren? Was wird aus der Qualität der Forschung?

Healys „Fall“ wurde öffentlich und warf damit ein Licht auf die Verhältnisse in psychiatrischer Theorie und Praxis. Die Dominanz industrieller Einflußnahme bis hinein in die universitäre Lehre wurde exemplarisch deutlich. Wie konnte es dazu kommen? 50 Jahre nach Entwicklung des ersten Antidepressivums haben Kliniken und Universitäten der Industrie Tür und Tor so weit geöffnet, daß die damit verbundenen Denkverbote offenbar zur Selbstverständlichkeit geworden sind. Forschung und Entwicklung sind Teil eines industriellen Fertigungsprozesses. Lehre ist Teil der Marketingstrategie. Der Patient ist Produktionsmittel insofern er die Produktion rechtfertigt, als Versuchsobjekt eingesetzt wird und das Produktionsergebnis verbraucht. Je mehr er verbraucht, desto schneller können die Produktionsbänder bei Roche oder Pfizer gestellt werden, desto optimaler sind die zu erwartenden Umsätze und desto erfolgreicher kann man sich im internationalen Finanzmarkt behaupten.

a Der folgende Vorfall ist im Internet veröffentlicht und dokumentiert:
www.healyprozac.com/AcademicFreedom/TorontoBackground.htm

Ende Exkurs

Im Folgenden seien einige Einwände gegen die häufigsten Behauptungen der Pharmaindustrie und der Psychiatrie über Antidepressiva aufgelistet:

Behauptung: Antidepressiva sind in Doppelblindversuchen als wirksam erwiesen worden.

Antidepressiva haben gegenüber Placebo-Versuchen⁴ nie besonders gut abgeschnitten. Während sich mit Antidepressiva nicht mehr als 70 Prozent der Depressionen behandeln lassen, liegt die Erfolgsquote der Placebos immerhin bei 30 bis 35 Prozent. Antidepressiva wirken also generell nur doppelt so oft, in der Wirkung selbst unterscheiden sie sich von Placebos überhaupt nicht. Die Zulassung von Prozac basierte auf vier Placebo-kontrollierten Studien. 540 Patienten waren einbezogen. 135 von ihnen war es erlaubt, parallel andere Psychopharmaka einzunehmen. Rechnet man diese Gruppe aus dem Gesamtergebnis heraus, zeigt Prozac gegenüber den Placebos keine signifikante Überlegenheit. Dies wird durch eine Studie des Jahres 2002 bekräftigt: Eine Forschergruppe überprüfte in einer Metaanalyse sämtliche bei der FDA (amerikanische Zulassungsbehörde) vorhandenen Daten für die Zulassung von sechs Antidepressiva und bewertete sie neu. Die Auswertung betrifft die Testung an 7.000 Patienten. Die Forscher fanden für mehr als die Hälfte der Studien keine signifikante Besserung durch Medikamente im Vergleich zum Placebo. 82 Prozent der Besserung durch Medikamente wurde auch durch Placebo erreicht, bei Prozac hatten sogar 89 Prozent der Placebos gleiche Wirkung.⁵ „GlaxoSmithKline hatte sein Antidepressionsmittel Seroxat an Kindern und Jugendlichen getestet. Die Resultate enttäuschten. In der Studie Nummer 377 schnitt das Präparat sogar schlechter ab als das Placebo.“⁶

Offizielle Richtlinie bei der Austestung von Prozac war die „richtige“ Patientenauswahl. So sollten schwerer depressive Krankenhauspatienten und placebo-empfindliche Patienten in der Vorauswahl außer Acht gelassen werden.⁷

Kontrollstudien für psychogene Medikamente, also auch Prozac, werden in immer kürzerer Zeit durchgezogen. Statt der vorgesehenen sechs Monate dauern sie häufig nur sechs Wochen. So bleibt eine Langzeitwirkung unbeobachtet.

4 Placebo bedeutet in der wörtlichen Übersetzung ein Versprechen: „ich werde angenehm sein“. Laut Pschyrembel handelt es sich um ein „Scheinmedikament; unwirksame indifferente Substanz. Anw. a) um einem subj. Bedürfnis nach medikamentöser Ther. zu entsprechen; b) im Rahmen der klin. Erprobung neuer Medikamente (Doppelblindversuch).“ (Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. Berlin/NewYork 1986)

5 vgl. Kirsch et al. 2002: The Emperors New Drugs, in: Prevention & Treatment, Volume 5, July 2002. www.irresein.de/swindle.html

6 Jochen Paulus: Die Tricks der Pillendreher. Die Zeit, 22.4.2004.

7 Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist folgender Bericht von Hollister aus dem Jahr 1972: „A few years ago, we tried an experimental design in one of our studies which we hoped would eliminate 'placebo reactors' and increase our sensitivity in distinguishing between drugs. All depressed patients who entered the hospital and were candidates for the study were first placed on a week of placebo treatment. At the end of the week, the psychiatrist was then asked to make a decision as to whether the patient should be admitted to the study ... We lost 50% of our potential sample, as that number of patients had shown a degree of spontaneous improvement which would have confounded the effects of future treatment. The tendency of depressed patients to improve spontaneously certainly creates difficulties in the clinical evaluation of drugs.“ Derselbe Hollister antwortet auf die Frage: „Wirken Antidepressiva besser als Placebos? Ja, aber kaum.“ (zit. nach Charles Medawar, a.a.O.)

Behauptung: Antidepressiva wirken gezielt gegen Depressionen.

In der Regel werden Arzneimittel für streng definierte Anwendungsgebiete zugelassen. Die weitgefaßte Indikation von Prozac macht es jedoch möglich, daß ein Medikament nun für einen breiten Rahmen von Symptomen zugelassen ist: „Depressive Stimmung, Interessenverlust, Müdigkeit, Schlafstörungen, Gewichts/Appetitschwankungen, Mangel an Konzentration, Verlangsamung, Unruhe, Schuldgefühle, Gefühle von Wertlosigkeit, Todesgedanken.“ (Prozac-Werbung) Die Breite der Indikation weist darauf hin, daß dieses Medikament multifunktional einsetzbar sein soll, um gleichzeitig als Beruhigungsmittel dienen zu können und damit ein wichtiges „Marktsegment“ abzudecken.

Bisher galten die Diagnosen für Angst und Depression als voneinander unterschieden. Sollten Antidepressiva jedoch ein Ersatz für die rückläufigen Benzodiazepine sein, dann wäre eine Einbeziehung von Angst in das Anwendungsgebiet, in die Diagnose und natürlich für den Absatz der Droge äußerst dienlich. Häufig waren ja bereits in der Vergangenheit Antidepressiva und Tranquilizer parallel gegeben worden. Von den SSRIs wird behauptet, ebenfalls gegen Angst zu wirken, und sie decken damit diesen „Bedarf“.

Behauptung: Neue Antidepressiva sind so gut wie nebenwirkungsfrei.

Die behauptete Nebenwirkungsfreiheit der SSRIs hält der beobachteten Praxis nicht stand. 15 bis 20 Prozent der Patienten stoppten die Einnahme, weil die Nebenwirkungen zu störend waren. Die häufigsten Nebenwirkungen sind: Unruhe, Angst, Schwindel, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Nervosität, Zittern (5 Prozent), Verlust der Libido, sexuelle Dysfunktion, gestörte Konzentration, Verwirrtheit, Alpträume, Gedächtnisverlust (1 bis 5 Prozent), Aggression, Halluzination, Müdigkeit, Depersonalisierung (1 Prozent). Charakteristisch für SSRI-Nebenwirkungen ist das breite Spektrum neurologischer und psychischer Reaktionen. In Großbritannien gerieten die Nebenwirkungen der SSRIs nach einer Fernsehsendung des BBC im Oktober 2002 in die Öffentlichkeit. Seroxat (Wirkstoff Paroxetin) hatte bei vielen Menschen heftige Reaktionen ausgelöst, als sie versuchten, das Medikament abzusetzen. Erregungszustände und Selbstmordgedanken wurden geschildert. Glaxo-Smith-Cline als Hersteller mußte 2003 eine Studie vorlegen, die belegte, daß bei „depressiven“ Kindern ein 3,2-faches Selbstmordrisiko bestand, wenn sie Seroxat verschrieben bekamen.⁸ Seitdem ist es in Großbritannien verboten, Kindern unter 18 Jahren Paroxetin zu verordnen. In den USA werden drei Amokläufe an Schulen mit der Einnahme von Prozac in Verbindung gebracht. Jedenfalls hatten die Täter dieses Medikament im Blut. Patienten mit Angst- oder Zwangsstörungen, die SSRI-Präparate genommen hatten, geben

⁸ vgl. Wolfgang Silvanus: Nebenwirkungen: Suizid und Amoklauf. Frankfurter Rundschau, 6.4.2004.

an, erstmals in ihrem Leben Selbstmordgedanken gehabt zu haben. „Anfang des Jahres erhängte sich in der US-Stadt Indianapolis eine 19-jährige College-Studentin. Sie hatte an einem klinischen Versuch teilgenommen, in dem der Pharmakonzern Eli Lilly das Antidepressivum Duloxetine erprobte.“⁹

Behauptung: Antidepressiva müssen über einen langen Zeitraum eingenommen werden.

Die behauptete Ungiftigkeit der SSRIs führte in der Konsequenz zu höherdosierten und längerfristigen Verschreibungen. Sie haben eine wesentlich längere Halbwertszeit, als andere Antidepressiva, verlassen also den Körper nicht so schnell. 80 Milligramm pro Tag gelten als normale Dosis. Patienten berichten, daß die Dosis von 20 Milligramm am Tag nicht ausreicht und sie mehr brauchen. Sie berichten über die wunderbaren Effekte von Prozac. „Wenn Sie mir dieses Medikament wegnehmen, breche ich Ihnen die Knie!“, zitiert Medawar eine Patientin. Die hohen Dosen verstärken offensichtlich die ausgeprägte Problematik beim Absetzen der SSRIs. In Internet-Chatrooms tauscht man sich darüber aus.¹⁰ Ärzten wird empfohlen, SSRIs nur ganz langsam abzusetzen. Die Probleme beim Absetzen deuten auf ein suchterzeugendes Potential der SSRIs.

Probleme beim Absetzen des Antidepressivums werden als Rückfall gedeutet. Die Konsequenz ist daher eine Erhöhung der Dosis und eine noch längere Einnahme. Depressive Symptome unmittelbar nach Absetzen können auf eine Abhängigkeit hinweisen, die durch das Medikament erzeugt ist. Dies wird jedoch in den Packungsbeilagen der Hersteller ausdrücklich geleugnet, so heißt es in der englischen Fassung von Seroxat: „Setzen Sie die Tabletten nicht ab, ohne mit Ihrem Arzt darüber zu sprechen. Sie können unangenehme Nebenwirkungen haben oder einen Rückfall. Denken Sie daran: diese Tabletten machen nicht abhängig.“¹¹

Behauptung: Unbehandelte Depressionen enden im Selbstmord

Eines der stärksten Argumente für die Bereitschaft und Verpflichtung der Medikamentenverschreibung besteht in der Behauptung, daß ein ursächlicher Zusammenhang von Depression und Selbstmord existiere. Tatsächlich wurden Liquoruntersuchungen an Selbstmördern vorgenommen, um über eine Bestimmung des Serotoninspiegels „wissenschaftlich“ diesen Zusammenhang zu beweisen. Die Ergebnisse sind unspektakulär, weil sich niedrige Serotoninspiegel auch bei anderen Erkrankungen finden lassen.¹²

Etwa 12.000 Menschen nehmen sich in Deutschland Jahr für Jahr das Leben. Ihren Höhepunkt hatte die Zahl der Selbstmorde 1977 (ca. 14.000), seither ist die Rate tendenziell gesunken. Allerdings kann von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. Erschreckend hoch ist die Rate der Selbstmorde bei alten Menschen. Insbesondere bei Männern über 70 steigt die

⁹ Wolfgang Silvanus, a.a.O.

¹⁰ In Deutschland ist die Problematik inzwischen auch angekommen und folgende Internet-Foren haben sich zum Thema Medikamente gebildet: www.antidepressiva-forum.de und www.depri.net

¹¹ Charles Medawar, a.a.O., Kapitel 3.6.

¹² ebd., Kapitel 2.10.

Zahl der Selbstmorde dramatisch an.¹³ Suizidversuche werden in Deutschland aus Gründen des Datenschutzes nicht mehr erfaßt, daher ist eine Aussage über eine eventuell steigende Tendenz nicht möglich.

Viktor Frankl, während der 70er Jahre Professor für Neurologie und Psychiatrie an der Universität Wien, konnte 1977 in seinem Buch „Das Leiden am sinnlosen Leben“ noch schreiben: „Nun wurde mir eine bemerkenswerte Statistik hinterbracht, die sich auf 60 Studenten an der Idaho State University bezieht, die nach solchen Selbstmordversuchen auf das genaueste befragt wurden, was das Motiv anbelangt, und da ergab sich, daß 85 % in ihrem Leben keinen Sinn mehr sehen konnten; von diesen aber waren 93 % physisch und psychisch gesund...“¹⁴ Daraus zieht Frankl den Schluß, daß die Suche nach Sinn zur *conditio humana* gehöre, weswegen Sinnlosigkeit ein nahezu unerträglicher Zustand sei – jedoch keine Krankheit.

Gesellschaftliche Zustände, die den Menschen vereinzeln und aus einer festen Orientierung herauskatapultieren, fördern die Tendenz des Selbstmords – das hat bereits Anfang des letzten Jahrhunderts (1897!) bereits Emile Durkheim in einer soziologischen Studie beschrieben. „Der Selbstmord steht im umgekehrten Verhältnis zum Integrationsgrad der Kirche, der Familie und des Staates.“¹⁵ Die alten sozialen Gebilde sind aufgelöst, ohne daß etwas an ihre Stelle getreten ist. Für Durkheim ist Selbstmord „wesentlich eine soziale Erscheinung“; „exzessiver Individualismus“, der zur Anomie der Gesellschaftsmitglieder führt, ist selbstmordfördernd. Der Selbstmord, der im 18. Jahrhundert nur „wenig entwickelt“ war und sich während des 19. Jahrhundert enorm gesteigert hat, verweist auf eine Pathologie der Gesellschaft. Und, fast im Sinne Frankls: „Wenn heute mehr Menschen in den Tod gehen als früher, so liegt das nicht daran, daß erschöpfendere Anstrengungen zur Lebenserhaltung nötig sind, noch daran, daß wir berechnete Bedürfnisse nicht mehr voll befriedigen könnten, sondern daran, daß uns das Wissen verlorengegangen ist, wo die Grenze unserer berechtigten Bedürfnisse liegt und wir den Sinn unserer Anstrengungen nicht mehr einsehen.“¹⁶

Wenn heute über Selbstmord im Sinn einer individuellen Erkrankung gesprochen wird, wenn Depression als Ursache des Todeswunsches definiert wird, dann wird damit eine gesellschaftliche Verantwortlichkeit für das seelische Leiden vollkommen ausgeblendet. Soziale Zusammenhänge, wie Durkheim sie darstellt, werden verleugnet – andererseits wird aber die medikamentöse Verhinderung des Selbstmords zur gesellschaftlichen und persönlichen Pflicht erhoben. Nicht die Pathologie der Gesellschaft führt in dieser Logik zum Selbstmord, sondern die (unbehandelte) Pathologie des Einzelnen.

¹³ Zahlen aus: Georg Fiedler: Suizide, Suizidversuche und Suizidalität. Daten und Fakten. Forschungsgruppe Suizidalität und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf April 2001. www.ukl.uni-hamburg.de/clinics/psych/TZS/online-text/daten-fakten-rev_2-2.pdf

¹⁴ Viktor Frankl: Das Leiden am sinnlosen Leben. Psychotherapie für heute. Freiburg 2003, S. 14

¹⁵ Emile Durkheim: Der Selbstmord. Hamburg 1983, S. 231

¹⁶ ebd., S. 459

Ein Gefühl der Wertlosigkeit und Sinnlosigkeit soll verschwinden, wenn man Antidepressiva schluckt. Doch was geschieht, wenn dieses Gefühl eine völlig adäquate Reaktion auf eine lebensfeindliche Realität ist? Studenten, um bei Viktor Frankls Beispiel zu bleiben, die heute an einer anonymen Massenuniversität unter verschärftem Anpassungsdruck studieren müssen, können ihr Tun doch völlig zu Recht als wertlos oder sinnlos empfinden. Mit der Pille gegen das Gefühl der Sinnlosigkeit wird jedoch auch gleich der Sinn entfernt, denn wie kommt eine Suche nach Sinn noch zustande, wenn man an der Sinnlosigkeit nicht mehr leiden darf?

Arbeit an der Objektivierbarkeit der Psyche

Depression soll meßbar sein

Wie macht man aus dem subjektiven Gefühl der Traurigkeit, der Erschöpfung, der Leere oder der Unfähigkeit des Handelns eine durch und durch verwaltete und kontrollierte Angelegenheit medizinischer (inzwischen auch gesundheitsökonomischer) Experten?

Bei der Beurteilung einer Depression waren die Psychiater bislang in erster Linie auf die Berichte ihrer Patienten angewiesen. Die psychiatrische Wissenschaft suchte nach einer objektivierenden Methode. Diese wurde 1960, zum Zeitpunkt des Erscheinens der Antidepressiva, mit der sogenannten „Hamilton-Skala“ eingeführt.

Die Hamilton-Skala entsteht nach dem Ausfüllen eines Fragebogens mit 17 „items“. Durch standardisierte Abfrage sollen die Patienten vergleichbar werden und ein Behandlungserfolg objektivierbar. Vor und nach der Behandlung soll der Arzt mit dem Patienten den Fragebogen durchgehen. Werden vom Arzt weniger geäußerte Beschwerden angekreuzt, gilt die Behandlung als erfolgreich. Bei ihrem Erscheinen wurde sie von Psychiatern kritisiert, die eine unzulässige Verflachung und Vereinfachung der klinisch reichen Erscheinung von Depression kommen sahen. Jede Frage der Hamilton-Skala ist nämlich gleichwertig. So ist die schlechte Stimmung am Morgen („Morgentief“) und der Gedanke an Selbstmord in der Bewertung gleichgesetzt, obwohl beides im realen Leben einen großen Unterschied macht. Die Hamilton-Skala ist aber sehr gut dazu geeignet, die positive Wirkung von Medikamenten herauszufiltern und hervorzuheben. So werden Schlaf und Appetit durch die Antidepressiva meist verbessert (auch bei Menschen, die nicht depressiv sind) und schon ist ein Behandlungserfolg „beweisbar“: „As the tricyclic antidepressants triumphed in the 1960s, they in turn brought the scale with them.“¹⁷

Die Firma Geigy baute die Hamilton-Skala in seine klinischen Versuche mit den ersten Antidepressiva ein und propagierte sie bei den Ärzten. Hamilton selbst stand seiner Methode nicht unkritisch gegenüber: „Es kann sein, daß wir Zeugen eines so revolutionären Wechsels sind, wie es die Einführung der Standardisierung und der Massenproduktion in den Fabriken war. Beides hat seine positiven und negativen Seiten.“¹⁸ Mit Hilfe der „objektivierten“ Skalen war es erst möglich, großangelegte Arzneimittelstudien in sogenannten Doppelblindversuchen¹⁹ auf die Beine zu stellen. Psychopharmaka bekamen damit den gleichen Medikamenstatus wie Mittel gegen Diabetes oder Herzinfarkt. Der Hamilton-Skala folgten zahlreiche andere Abfragebögen.

¹⁷ David Healy, a.a.O., S. 99

¹⁸ Max Hamilton, 1972, zit. nach ebd., S. 99 (Übersetzung C. J.)

¹⁹ Ebenfalls eine Angleichung an allgemeinmedizinische Maßstäbe: Patienten werden über einen bestimmten Zeitraum mit dem Medikament und mit Placebo behandelt. Weder Patienten noch Ärzte wissen, welche Gruppe von Patienten placebobehandelt wird. Damit soll die eindeutige Überlegenheit des Medikaments bewiesen werden.

Einer Diagnose mittels standardisierter Abfragebögen kann man nicht mehr entgehen, denn die ausgefüllten „items“ werden für aussagekräftiger (und beschleunigt aussagekräftiger) gehalten als die individuellen Beschreibungen der Probanden. Die Skalen selbst bilden einen Normalitätsstandard aus, von dem nur noch Abweichungen zählen.

Alexander Mitscherlich stellt 1966 fest: „Parallel zur Experimental-Medizin entstand eine Experimental-Psychologie; sie ist heute vielleicht noch naturwissenschaftlicher als die Medizin. Was dabei ermittelt wurde und ermittelt wird, sind seelische Einzelleistungen und Elementarfunktionen, die so lange aufbereitet werden, bis sie quantifizierbar sind. Verstehen ist im Jargon dieser Psychologie ein suspekter Terminus.“²⁰

Übersicht

Übersicht über die standardisierten Testverfahren zur Depression

ADS	Allgemeine Depressionsskala (1993)
BDI	Beck-Depressions-Inventar (1994)
BRMS	Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (1998)
CIDI	Composite International Diagnostic Interview (1990)
DTK	Depression für Kinder (1993)
EDS	Erlanger Depressions-Skala (1983)
FDD-DSM-IV	Fragebogen zur Depressionsdiagnostik DSM IV (1997)
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale, dt. Version (1995)
HAMD	Hamilton-Depressions-Skala (1960)
H-Skalen	Skalen zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit (1994)
MADRS	Skala zur psychometrischen Beurteilung depressiver Symptome (1989)
SAG	Skala antidepressiver Gedanken (1989)
TSD	Test zur Erfassung der Schwere einer Depression (1983)

Ende Übersicht

²⁰ Alexander Mitscherlich: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I. Frankfurt 1966, S. 64

Arbeit an der Standardisierung der Psyche

Depression und ihre verwirrende Nomenklatur

Die diversen Definitionsversuche für Depression schlugen sich auch in den Benennungen der Diagnose nieder. Eine verwirrende Fülle von Begrifflichkeiten versuchte über die Jahrzehnte der Depression Konturen zu verleihen, die eine von der anderen Ausprägung abzugrenzen. Deutung und Einteilung der Depression variierte von Nation zu Nation, von Lehrbuch zu Lehrbuch. Da gibt es die „zirkuläre“ (Wyrsh), die „bipolare“, „psychotische“, „endogene“ Depression, „manisch-depressives Kranksein“ (Bleuler), das „depressive Syndrom“, die „neurotische Depression“ oder „depressive Neurosen“ (Reichardt), „reaktive Depression“, „exogene“ Depression, „depressive Verstimmungen“ (Bleuler) etc.

Der Vielzahl von Benennungen, von Mischzuständen mit Angst- oder Zwangsideen, den Versuchen der abgrenzenden Beschreibung, der Unmenge schwer zu interpretierender Krankheitsverläufe wird mit Entwicklung allgemeingültiger Diagnosecodierungen ab Mitte der 70er Jahre ein Ende gesetzt. Den Entwicklern der Diagnosestandards (eine Gruppe von Psychiatern und Pharmaforschern sowohl in den USA, als auch in Europa) geht es dabei nicht um eine inhaltliche Klärung, sondern um die Tauglichmachung der Depression als statistischer Größe. 1893 hatte das Internationale Institut für Statistik die sogenannte Bertillon-Klassifikation der Todesursachen verabschiedet. Sie wurde bis zum zweiten Weltkrieg angewandt und wandelte sich im Laufe der Zeit zu einem Krankheitenregister. Folgerichtig erkannte man ihren statistischen Nutzen und nannte sie nun International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death – kurz ICD. Jede Veränderung des Klassifizierungskatalogs wird mit einer Nummer versehen. Der ICD-6 erschien 1948 und enthielt erstmals auch psychiatrische Diagnosen.

ICD als Mittel der Standardisierung der Psychiatrie

Medizinische Experten möchten ein statistisches Verfahren entwickeln, um mengenmäßige Unterscheidungen zu treffen und danach zu einer Gewichtung der Erkrankungen zu kommen. Planung und Handhabbarkeit der Erkrankungen werden zu einer Größe, für die man sich innerhalb des sich zur Megainstitution entwickelnden Gesundheitswesens zu interessieren beginnt. Wie viele Betten muß eine Region für psychische Erkrankungen bereit halten? Wie gliedert sich das nach den Diagnosen? Wieviel Zeit wird für die Behandlung eines Depressiven benötigt? Wieviel ärztliche Zeit, wieviel pflegerische Zeit? Was kostet diese Zeit? Welche Art der Depression kostet am meisten?

Immer feiner wird das Sieb der planerischen Durchforstung. Das Instrument der diagnostischen Codierung gerät dabei immer mehr zum Selbstzweck. Folgt der Diagnosecode der tatsächlich vorliegenden Krankheit oder richten sich die Krankheiten nach dem vorgegebenen Schlüssel?

In Amerika existierte parallel zum ICD seit 1952 ein rein psychiatrisches Klassifizierungssystem, das von der American Psychiatric Association (APA) stammt: der DSM-Schlüssel

(Diagnostic and Statistical Manual). Da die Psychoanalyse in den USA sehr einflußreich war, bestimmte sie die Linie der Psychiatrie und setzte 1968 eine psychoanalytisch orientierte Neufassung des DSM durch (DSM-II).

Mit der Vorbereitung des DSM-III meldeten sich in den USA die Verfechter der biologischen Psychiatrie verstärkt zurück. Die Debatte spitzte sich auf die Frage zu: Resultierte die Depression aus einem unbewältigten Kindheitstrauma oder aus einer Fehlfunktion des Gehirns? Diese Auseinandersetzung wurde bereits 1969 auf einem Symposium geführt, auf dem die Psychiater Robin und Klerman mit einer Riege anderer ihre Absicht bekundeten, die Psychobiologie der Depression zu erkunden und betonten, daß eine solche Forschung standardisierte Psychiatriediagnosen notwendig machen würde. Diese Standards, die im Laufe ihrer Forschung herausmodelliert wurden, ergaben das Herzstück des DSM-III und verdrängten das Neurosenkonzept der Freud-Anhänger in der amerikanischen Psychiaterlandschaft. Der Terminus „neurotische Depression“ wurde beseitigt, was auf heftigen Widerstand stieß. So ließ man als Kompromiß die alte „Dysthymie“ (was nichts anderes als „Verstimmung“ heißt) wieder aufstehen, um die Gemüter der Psychoanalytiker zu beruhigen. Die Depression erfuhr eine gänzlich neue Einteilung in „bipolare“ Depression (die mit der Manie zusammenhängt, die alte Kraepelin'sche MDI), „schwere“ und „chronische“ Depression. Für jede dieser Kategorien der Depression gab es eine medikamentöse Empfehlung und exakte Kostenberechnung. Dies war das Ergebnis der Forschung, die zum DSM-III führte. „The creation of a discrete set of disorders, such as panic disorder, social phobia, obsessive-compulsive, and other disorders gave the pharmaceutical industry a set of targets at which to aim its compounds. In the process concepts such as panic disorder were internationalized and something of an American hegemony in psychiatry was created.“²¹

Globalisierte Standards

DSM III ermöglichte nicht nur eine Vielzahl von Absatzmöglichkeiten diverser Psychopharmaka, sondern initiierte den ersten Schritt zu einer kategorischen „Weltpsychiatrie“ unter amerikanischer Führung, das Ende einer Vielzahl von Konzepten verschiedener Länder zugunsten eines vereinheitlichenden Systems. Im Verlauf der 70er Jahre hatte die WHO die Doppelexistenz zweier Kodierungssysteme moniert und verlangte eine Angleichung von ICD und DSM, um zu einem international einheitlichen Standard zu gelangen. 1996 wurde dann DSM-IV verabschiedet, etwa zeitgleich ist man beim heute gültigen ICD-10 angelangt.

Im ICD-10 ist man der Krankheitseinteilung des DSM-IV weitgehend gefolgt. Hier verabschiedet man sich auch vom Begriff der Krankheit und setzt statt dessen „Störung“ ein. Das ist aufschlußreich, denn „Krankheit“ und „Störung“ sind zwei sehr unterschiedliche Sichtweisen des Problems. „Krankheit“ ist immer die Bezeichnung einer dem Menschen äußerlichen Bedrohung gewesen. Das beste Beispiel dafür sind die Infektionskrankheiten: Äußere Keime dringen in das Innere des Menschen und machen ihn krank. Bei den psychischen Erkrankungen bedeu-

²¹ David Healy, a.a.O., S. 237

tete Krankheit stets auch eine Konsequenz „mißlungener“ Weltbegegnung: soziale Deklassiertheit (Alkoholismus), „fehlerhaftes“ Geschlechtsleben (Hysterie), Traumatisierung (Angst), Enttäuschung oder Zurückweisung. Der Krankheitsbegriff beinhaltet (bei aller medizinischen Bevormundung) immerhin noch die Differenz zwischen dem Inneren und dem Äußeren. Spricht man jedoch von „Störung“, so verweist dieser Begriff auf etwas anderes, nämlich auf die Fehlfunktion eines Systems. Störung heißt Fehlkalibrierung im Inneren des Menschen, die keine Verankerung in einem Außen braucht. Unterscheidbar sind allenfalls die Intensitäten: „Schwere depressive Störung“, „mittelgradige depressive Störung“, „leichte depressive Störung“.

Die Neurosen (als Unterscheidung von Ursachen) sind endgültig in Ungnade gefallen. Die Störungen werden lediglich aufgrund ihrer Symptomatologie geordnet. „Die modernen Diagnosesysteme haben ebenso wie die moderne Psychopathologie keinen Raum für die subjektive Seite der Krankheit. Sie wurden als durchgängig systematische Klassifikationen von psychischen Krankheiten konzipiert – und zwar von internationalen Kommissionen, die Konsensfindung erreichten, indem sie deskriptive Klassifikationen entwickelten, die den Anspruch erhoben ‚theoriefrei und kulturunabhängig‘ gültig zu sein.“²² Die Durchschnittsmenge mit Durchschnittssymptomen in Durchschnittskulturen – welchen Aussagewert hat eine solche „Diagnose“? Wie kann man davon ausgehen, daß eine „mittelschwere Depression“ in den Slums von Johannesburg identisch ist mit der Krise eines deutschen Bundesligafußballspielers?²³ Die offensichtliche Unvergleichbarkeit wird im globalen Diagnoseapparat des ICD-10 genichtet.

Das Diagnoseschema, nach dem Millionen von Patienten beurteilt werden, bildet eine abstrakte, abgehobene Welt, die sich keinesfalls mit der sozialen, körperlichen und kulturellen Sphäre des je einzelnen Menschen vermengen möchte. „Um eine Depression zu diagnostizieren, muß der Arzt nur noch die Symptome abhaken. Er muß sich nicht mehr für die Geschichte eines Subjekts interessieren, sondern für die Symptomatologie eines Kranken.“²⁴

Standardisierung als Mittel gegen Stigmatisierung?

Das Klassifikationsschema, das sich heute herausgebildet hat, bildet auch in anderer Hinsicht eine paradigmatische Kehrtwende ab: Nicht mehr die unterstellten Ursachen (Trauma, Konflikt, organische Krankheit), sondern allein die äußerlichen Kennzeichen (Schlaf, Appetit, Antrieb) sind für die Diagnose entscheidend. Von den Initiatoren des ICD-10 wurde diese Vorgehensweise, wie auch die Verabschiedung vom Krankheitsbegriff als „entstigmatisierende“ Maßnahme gerechtfertigt. Man möchte rein deskriptiv verstanden sein, eine Be- oder gar Verurteilung von Geisteskrankheiten soll damit unmöglich gemacht werden. Doch „wertfrei“ sind die neuen Kategorisierungen keineswegs. Ihre Struktur richtet sich nach Biologie und Pharmakologie der „Störung“

22 Asmus Finzen: Schöne neue Diagnosenwelt. Psychiatrische Diagnostik im Zeichen von ICD-10 und DSM-IV. In: Soziale Psychiatrie 01/2002, S. 6

23 Die Depression des Bundesligaspielers Sebastian Deisler erregte 2003 die Aufmerksamkeit der Medien. So wußte Sport-Bild: „Mit seinen Depressionen ist der Bayern-Star kein Einzelfall. Immer mehr Profis haben Probleme mit Leistungsdruck.“ (26.11.2003)

24 Alain Ehrenberg, a.a.O., S. 186

und schaffen in diesem Sinne ein neues Stigma²⁵: Die Reduzierung des niedergeschlagenen Menschen auf seine Funktionsweise als biochemische Apparatur. Die Biologisierung seelischer Leiden ist keine Befreiung von der Verurteilung als „Geisteskranker“, sondern eine neue Unterwerfung. Die Zugehörigkeit zu den „nur noch“ körperlich Kranken setzt voraus, daß man sein Leiden und seine „Abweichung“ als Fehlfunktion verstehen muss, gegen die man anzugehen habe. Mittels Medikamenteneinnahme und gezielter Gesprächsführung hat man selbst die Verantwortung dafür zu übernehmen, ob man funktioniert oder nicht.

Angststörungen, Anpassungsstörungen²⁶, Persönlichkeitsstörungen, gar das prämenstruelle Syndrom sind im DSM IV und ICD-10 codierbare „Störungs“ereignisse. „Wie gehen PsychiaterInnen und PsychologInnen und potenzielle KlientInnen und Kranke mit dieser psychiatrisch-psychologischen Ausrasterung des persönlichen Lebens um? Wird diese Entwicklung dazu führen, daß wir eines Tages alle psychisch krank sind, daß wir alle der Psychotherapie bedürfen...?“²⁷

Standardisierung als Vervielfältigung des Gleichen

Die Zahl der Krankheitskategorien stieg von 180 im DSM-II über 292 im DSM-III auf heute 395 im DSM-IV. David Healy fragt zu Recht, ob es denn wirklich so viele verschiedene psychische Krankheiten gebe. Und für jede Krankheit gibt es tatsächlich *die* spezifische Therapie? Laut Healy ist solch ein Konzept nur für eine Sache gut: für das Geschäft mit einem breit gefächerten und ausgefeilten Warenhaus von Medikamenten und Therapien. Die guten Aussichten auf Absatz und Profit beruhen im Fall Antidepressiva eben genau auf der Tatsache, daß Depression immer undefinierbarer wurde. So suggeriert die Vielzahl der ausgefeilten Diagnosegruppen und Untergruppen eine Vielfalt der Erscheinungen. Tatsächlich entpuppt sich die Vielfalt als schlichte Vervielfachung des immer Gleichen: Je nach Grad des unterstellten Hormonmangels sind „Störungen“ desselben verschiebbare Punkte auf der allen Erscheinungen zugrunde liegenden Stoffwechselsachse. Je feiner die Labordifferenzierungen, desto mehr Punkte können herausdestilliert werden, desto mehr Unter- und Untergruppen formuliert werden.

Psychiater, die sich dafür stark machten, psychische Krankheiten aus dem Tabubereich des Verbotenen zu holen und sie den körperlichen Krankheiten gleich stellen wollten, stehen nun vor dem Dilemma, daß beinahe jedes Unwohlsein zur kassenabrechnungsfähigen Krankheit wird. Selbst diffuse körperliche Beschwerden, die sich einer Behandlung widersetzen, können als „versteckte“ (larvierte) Depression gedeutet werden. Edward Shorter, Psychiatriehistoriker (und erklärter Anhänger der biologischen Psychiatrie) stellt das Problem als Entgleisung dar.

25 Stigma: Entehrendes Kennzeichen. (Kluge: Ethymologisches Wörterbuch)

26 Im ICD-10 heißt es dazu erklärend: „Hier handelt es sich um Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, nach einem belastenden Lebensereignis oder auch schwerer körperlicher Krankheit auftreten.“ Was ist daran krank?

27 Asmus Finzen 2002, S. 7

Tabelle

Vergleich der Krankheitskategorien zur Depression im ICD-8 (1971) und ICD-10

<i>ICD-8 (1971)</i>	<i>ICD-10 (1994 bis heute)</i>
296.0 Involutionen Depression	F 32.0 Leichte depressive Episode
296.2 Periodische Depression	F 32.1 Mittelgradige depressive Episode
296.3 Zirkuläre Psychose	F 32.2 Schwere depr. Episode o. psychotische Symptome
298.0 Reaktive depressive Psychose	F 32.3 Schwere depr. Episode mit psychotischen Symptomen
300.4 Depressive Neurose	F 32.8 Sonstige depressive Episoden
300.5 Neurasthenie	F 32.9 Depr. Episode, n. n. b.
	F 33.0 Rezidivierende depr. Störung, gegenwärtig leichte Episode
	F 33.1 Rezidivierende depr. Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
	F 33.2 Rezidivierende depr. Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
	F 33.3 Rezidivierende depr. Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
	F 33.4 Rezidivierende depr. Störung, gegenwärtig remittierend
	F 33.8 Sonstige rezidivierende depr. Störung
	F 33.9 Rezidivierende depr. Störung, n. n. b.
	F 34.0 Zykllothymia
	F 34.1 Dysthymia
	F 34.8 Sonstige anhaltende affektive Störung
	F 34.9 Anhaltende affektive Störungen, n. n. b.
	F 38.0 Andere einzelne affektive Störungen
	F 38.1 Andere rezidivierende affektive Störungen
	F 38.8 Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen
	<i>Depression als Begleitsymptom erwähnt bei:</i>
	F 40.0 Agoraphobie
	F 41.2 Angst und depr. Störung, gemischt
	F 43.1 Posttraumatische Belastungsstörung
	F 43.2 Anpassungsstörungen
	F 45.2 Hypochondrische Störung
	F 48.0 Neurasthenie
	F 92.0 Störung des Sozialverhaltens mit depr. Störung

Ende Tabelle

Die gewaltige Steigerung der Zahl der psychisch Kranken erklärt er als Versuche zur „Errichtung eines psychiatrischen Imperiums“²⁸ „Indem sie ein Kontinuum der Symptome von schwerer Depression bis hin zur Betrübnis oder von Schizophrenie bis Exzentrik schuf, verschob die

28 Edward Shorter: a.a.O., S. 435

Psychiatrie die Grenzen des Pathologischen konstant in eine bestimmte Richtung, bis sie sich von echter Krankheit immer weiter entfernt und sich alltäglichen Unpäßlichkeiten immer mehr angenähert hatte.“²⁹ Nur, was ist „echte Krankheit“?

Kritische Stimmen

Der schweizer Psychiater Asmus Finzen versucht einen Ausweg, indem er zwischen „Befindlichkeitsstörung“ und „Kranken mit schweren psychischen Störungen“ zu differenzieren versucht. „Ein großer Teil jener Patienten, die sich wegen psychischer oder körperlicher Befindlichkeitsstörungen in ärztliche Behandlung begeben, ist, wenn wir die Definition eng fassen, weder psychisch noch körperlich krank und bedarf dementsprechend eigentlich auch keiner Therapie.“³⁰

Auch Johann Glatzel, Psychiatrie-Professor in Mainz, schreibt gegen die Einebnung der Depressionsdiagnose an. Die Einteilung der psychischen Krankheiten in kleine nosologische Einheiten hat die Melancholie als Begrifflichkeit beseitigt. Sie hat sich damit um ein tieferes Verständnis dieses Seins-zustands gebracht und es anderen Disziplinen überlassen, ihn zu interpretieren. Indem der Melancholiebegriff verworfen wird, ist ein Einheitsbrei der Diagnose unvermeidlich. Trauer und Melancholie unterscheiden sich elementar voneinander, wenn der Fokus der Betrachtung die Fähigkeit des Erkrankten zur Begegnung mit der Welt und dem Anderen darstellt. Wenn im Mittelpunkt diagnostischer Unterscheidung jedoch Intensität und Dauer der Traurigkeit, Qualität des Schlafs, Appetit etc., also sämtlich äußerlich, oberflächliche Verhaltensunterscheidungen stehen, dann ist die Schwere der Melancholie keine qualitative, sondern nur noch eine quantitative Frage. „Eine Psychiatrie, die sich ohne Not der Melancholie als einer besondern Weise des Selbst- und Weltverhältnisses begibt, ignoriert damit eine anthropologische Konstante und nimmt nicht teil an einer Diskussion, die eine bedeutsame Seite des Menschen zum Gegenstand hat.“ „Vorgeführt wird statt dessen ein dokumentationsgerechter Homunkulus tristis...“³¹

Doch befindet sich Glatzel zum Zeitpunkt der Abfassung seines Buches schon weit im Abseits. Gerade ist die neue Gruppe der Antidepressiva auf den Markt geworfen worden, die deutsche Fassung des Kodierungskatalogs ICD-10 ist in Vorbereitung und von „Melancholie“ war nirgends mehr die Rede.

Die Standardisierung der Diagnose beflügelt deren Vermarktung mit dem Versprechen auf „Herstellbarkeit“ von Wohlbefinden. „Das Ziel muß letztlich die Umwandlung aller Gesunden in Kranke sein, also in Menschen, die sich möglichst lebenslang sowohl chemisch-physikalisch als auch psychisch für behandlungsbedürftig halten, um ‚gesund leben‘ zu können.“³²

²⁹ Edward Shorter, a.a.O., S. 437

³⁰ Asmus Finzen: Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? Räsonieren über das Heilen. Bonn 2002, S. 47

³¹ Johann Glatzel: Melancholie und Wahnsinn. Beiträge zur Psychopathologie und ihren Grenzgebieten. Darmstadt 1990, S. 93 und 97

³² Klaus Dörner: Die Gesundheitsfalle. Woran unsere Medizin krankt. Zwölf Thesen zu ihrer Heilung. München 2003, S. 30

Was ist Depression heute?

Folgende Situation kann jedem passieren: Man geht zu seinem Hausarzt. Man schildert seine Beschwerden. Der Hausarzt reagiert darauf mit folgenden zwei Fragen:

„Hatten Sie in den letzten zwei Wochen sich niedergeschlagen, deprimiert oder hoffnungslos gefühlt?“ „Hatten Sie in den letzten zwei Wochen wenig Interesse oder Lust an Aktivitäten?“³³
Werden beide Fragen mit „ja“ beantwortet, steht man unter Depressionsverdacht.

Patienten, die über Kopfschmerzen oder Schlafbeschwerden mit „Früherwachen“ klagen, die ihre Sorgen und Ängste berichten, die „multiple körperliche Beschwerden“ haben, Patienten mit „Appetitstörung“, „Libidoverlust“ oder „schneller Ermüdung“ leiden vielleicht an einer „larvierten“ Depression. Patienten mit „negativen Denkmustern“ sind verdächtig. Auch eine „pessimistische Einstellung“ und „Grübelneigung“³⁴ geben Anlaß zur Diagnose.

Depression ist, wenn eine Frage im Screening-Test zu oft mit „ja“ beantwortet wird.

Heutige Depression ist eine synthetische Angelegenheit, ein künstliches Geschöpf. Hervorgezaubert aus einer Reihe von Befragungen, den Wirkungen eines chemischen Cocktails, Vorstellungen über die Funktionen des Gehirns, unsichtbaren Zwängen einer all dem unterlegten Gesundheitsökonomie. Kaum ist sie mehr definierbar, denn sie bildet ein Gemenge mit all jenen Zuständen, die einst als Angst oder Zwang, als Trauer, Schock oder Resignation noch eigene Namen hatten.

Depression hat keinen Anlaß und keine Ursache mehr. Sie ist leicht (ICD 10: F. 32.0), mittelschwer (F.32.1) oder schwer (F 32.3). Die Schweregrade entsprechen den Blockierungen eines geordneten Ablaufs im Gehirn. Depressionen sind Hirnchemie.

Depression ist überall, nicht mehr nur beim Arzt oder im Krankenhaus. Längst ist sie ausgewandert und bewuchert die medizinische Beschreibung von alltäglichen Gefühlen. Es ist aufschlußreich, daß Depression mehr und mehr zum Synonym für Unzufriedenheit wird. Unzufriedenheit ist krank.

33 U. S. Preventive Services Task Force: Leitlinien 2002 zu Screening in Allgemeinarztpraxen. www.medknowledge.de

34 Alle Stichworte entnommen aus der Presseinformation des „Kompetenznetzwerks Depression“. www.kompetenznetz-depression.de

K A P I T E L 8
W I E D E P R E S S I O N Z U R „ V O L K S K R A N K H E I T “ W I R D

Totale Herrschaft, die darauf ausgeht, alle Menschen in ihrer unendlichen Pluralität und Verschiedenheit so zu organisieren, als ob sie alle zusammen nur einen einzigen Menschen darstellten, ist nur möglich, wenn es gelingt, jeden Menschen auf eine sich immer gleichbleibende Identität von Reaktionen zu reduzieren, so daß jedes dieser Reaktionsbündel mit jedem anderen vertauschbar ist. HANNAH AHRENDT

Epidemiologische Forschungen zur Depression

Was ist angesichts einer Diagnose „Depression“, von der keiner so recht weiß, wo sie beginnt und wo sie endet, von begleitenden epidemiologischen Studien zu halten, die beweisen sollen, daß eine hohe Gefährdung der Volksgesundheit vorliegt?

Was ist davon zu erwarten, wenn – wie das 1990 im Auftrag der World Health Organisation (WHO) geschah – Hunderte von Experten, mit Fragebögen und Blocks ausgerüstet, rund um den Globus an Haustüren klingeln und fragen: Wie geht's? Sie könnten hören, daß es den Menschen oft nicht so gut geht, daß sie nicht zufrieden, nicht zuversichtlich, nicht hoffnungsvoll, enttäuscht oder traurig sind. Da sie aber mit standardisierten Interviewbögen unterwegs sind, werden sie nur Antworten auf die Fragen hören, die von Experten unter Auswertungsgesichtspunkten konzipiert wurden. Sie werden nur Antworten zulassen können, die in die vorher ausgearbeiteten Antwortschablonen passen. Darum müssen die Fragen auch einfach und klar sein. Die Farbigkeit der Lebensgeschichten, ihre Veränderungen, Krisen, das momentane Wetter, Freundeskreise, das Leben in der Straße oder im Viertel, der Tod von Freunden, Verwandten – von all diesen menschlichen Verwicklungen werden die Interviewer in ihren Fragebögen nichts hinterlassen können. Das Interview selbst ist reduzierte und manipulierte Welt, die vor allem dazu geeignet sein soll, später in einem Computer auswertbar zu sein.

Kann man wirklich etwas über „die“ psychische Gesundheit „der“ Bevölkerung erfahren, wenn man aus hunderten solcher Fragebögen der unterschiedlichsten Menschen Mittelwerte und Massentrends herausrechnet?

Ohne die riesigen Speicher- und Verarbeitungskapazitäten heutiger Computersysteme wäre eine Auswertung tausender standardisierter Interviews nicht möglich. Gerade die große Zahl und der technische Stand der Datenverarbeitung verleihen den errechneten Ergebnissen

Autorität und Weihe. Die Ergebnisse erscheinen auf diese Weise unangreifbar objektiv. Aufgrund der Tatsache, daß man standardisierte Befragungsroutinen als Maßsystem anerkennt und zudem Rechnerkapazitäten entwickelt hat, die aus einem Wust von Datenmaterial so etwas wie ein Ergebnis produzieren können, glaubt man Wirklichkeit abzubilden. Die so errechnete Fiktion wird dann für realer erklärt, als die erlebte Erfahrungswelt.

WHO: Epidemiologie als Rechenoperation – ökonomisch und global

Die WHO legte 1993 eine erste Studie zur psychischen Gesundheit vor, die in Zusammenarbeit mit der Weltbank und der „Harvard School of Public Health“ (aus den gesammelten Daten des Jahres 1990) entstanden war: den „Global Burden of Disease (GBD)“. Wie weit hat man sich von jeglicher leiblicher Existenz verabschiedet, wenn man von der „globalen Krankheitsbelastung“ sprechen kann?

Auf Grundlage der ermittelten Fiktion des „Datenmaterials“ werden nun weitere abstrakte Rechenoperationen fabriziert, als habe man Börsendaten zur Begutachtung vorliegen. Die eloquenten WHO-Berechner ermitteln. *Einen* DALY (disability-adjusted life year) soll man sich vorstellen als *ein* „verlorenes“ Jahr eines gesunden Lebens. Der DALY soll Krankheitslast als Kluft zwischen dem aktuellen Gesundheitsstatus und der idealen Situation, in der jeder bis ins Alter ohne Krankheit und Beeinträchtigung leben kann, *maßen* können.¹ So soll der DALY Auskunft erteilen über die „Belastung“ einer Gesellschaft durch Krankheit. Es ist schwierig, sich diese Belastung anders denn als ökonomische Größe vorzustellen. Davon wird in der Auswertung der WHO keineswegs gesprochen. Auf dieser Ebene der Abstraktion stellt es jedoch kein Problem mehr dar, Zeit in Geld umzurechnen, muß man doch „nur“ den Durchschnittswert eines „verlorenen“ gesunden Menschenjahres zugrunde legen.

„Die Kriterien, die aus einem Index von Meßergebnissen jene Merkmale selektieren, mit denen ein klinisches Profil erstellt wird, sind zunehmend ökonomisch.“² Konsequenz: hohen „Krankheitswert“ hat heute eine Krankheit, von der man beweisen kann, daß sie viel kostet. Eine 2001 in Deutschland veröffentlichten Studie zu „gesundheitsökonomischen Aspekten der Depression“ erklärt zu ihrer Methodik: „Hierbei werden die verschiedenen Dimensionen der Lebensqualität gesammelt und zu einem einzelnen Wert zusammengefaßt, wodurch sie ohne Schwierigkeiten in Kosten-Nutzen oder Kosten-Effektivitäts-Analysen eingesetzt werden können.“³ Die Studie

1 „One DALY can be thought of as one lost year of ‚healthy‘ life, and the burden of disease as a measurement of the gap between current health status and an ideal situation where everyone lives into old age free of disease and disability.“ (WHO: The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. S. 25. www.who.int)

2 Ivan Illich: „Und führe uns nicht in die Diagnose, sondern erlöse uns von dem Streben nach Gesundheit.“ Vortrag in Bologna 1998. www.pudel.uni-bremen.de

3 Juliane Fischer, Jens Bölscher, Johann Matthias Graf v.d. Schulenburg: Gesundheitsökonomische Aspekte des Krankheitsbildes Depression. Göttingen 2001, S. 85

kommt zu dem Schluß: „Aufgrund der gesteigerten Morbidität und der erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verursachen depressive Störungen im Gesundheits- und Wirtschaftssystem eines Landes erhebliche Kosten.“ Die Berechnung, die auf Abstraktion von der Abstraktion („Lebensqualität“ ist ein abstrakter Wert, die Zusammenfassung ihrer „Dimensionen“ eine vollständig irrealer Konstruktion) beruht, ergibt keinen *Sinn*, aber sie legt den „Wert“ und damit die gesellschaftliche Bedeutung einer Krankheit fest.

Die WHO kam durch die von ihren epidemiologischen Experten entwickelten Computerauswertungen zu der beachtlichen Zahl von 10,5 Prozent aller „verlorenen Jahre“, die durch psychische und neurologische Erkrankungen insgesamt verursacht sind.

Solche Art statistischer Rechenoperation basiert auf einer sehr eigenen Definition von „Gesundheit“. Seelische Gesundheit wird von der WHO als subjektives Wohlfühlen, Fähigkeit zur Autonomie und Möglichkeit der „Selbst-Aktualisierung“ des eigenen intellektuellen und emotionalen Potentials beschrieben.⁴ Seelische Gesundheit ist somit eine derart ideale Größe, daß die Wahrscheinlichkeit einer seelischen Erkrankung außerordentlich hoch ist. Der GBD rechnet die Auskunftsdaten von Millionen Menschen, die manchmal, oft oder ständig, unzufrieden, unglücklich, belastet, gestreßt etc. sind, in Krankheitswerte um. Weil das Leben nicht ohne subjektive Belastung verläuft, wird daraus ein Phänomen konstruiert, das nach ärztlicher Abhilfe verlangt. Lebenszeit mit Trauer, Angst bis hin zum Alkoholexzeß ist „verlorene Zeit“. Das ganz normale Unglück des Lebens wird zum gesundheitlichen Skandal.

WHO 2001: Klare Dominanz biologischer Erklärungsmuster

2001 treibt die WHO ihre Berechnungen zur psychischen Weltgesundheit noch weiter. Der mentale Gesundheitszustand wird ihr Schwerpunktthema und die Sicht der Experten der WHO soll in der Interpretation psychischer Abweichung und Behandlung weltweit Vorbildfunktion haben.

Der World Health Report 2001 erklärt psychische Erkrankung als Zusammenspiel von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren. Die biologischen Erklärungen stehen an erster Stelle und es wird festgestellt, in einer „aufregenden Zeit“ der Geschichte der Neurowissenschaften zu leben. Forscher seien in der Lage, aufgrund enormer Fortschritte, das „lebende, fühlende, denkende menschliche Gehirn bei der Arbeit“⁵ zu *sehen*. So könne man aufgrund dieses Wissens auch gezielt in die Hirnchemie eingreifen. Armut und Heimatlosigkeit in den unterentwickelten Ländern seien verstärkende Faktoren. In den Entwicklungsländern sei die Erkrankungsrate an Depression doppelt so hoch wie in den entwickelten Ländern. Am DALY läßt sich das allerdings nicht nachweisen. An der „Gesamtzahl aller verlorenen Jahre durch neuropsychiatrische Erkan-

⁴ WHO-Report, a.a.O.

⁵ ebd., S. 5, Übersetzung C. J.

kungen“ (ein Un-ding) hat die WHO für Afrika den geringsten Wert errechnet. Dafür werden Argumente gefunden – weniger häufiges Aufsuchen des Arztes, eher Beschreibung von körperlichen Störungen aufgrund von Schamgefühlen etc. Außerdem gebe es in den armen Ländern in größerem Umfang Lebensbelastungen, die die psychischen Probleme zur Seite drängen. „As a proportion of the total, however, it is comparatively less in the developing countries, mainly because of the large burden of communicable, maternal, perinatal and nutritional conditions in those regions.“

Die „Störung“ besteht aber nicht in diesen Lebensverhältnissen, sondern im neurophysiologischen Ungleichgewicht an den Nervensynapsen. „We know that mental and behavioural disorders have a basis in the brain.“⁶ Überfüllte Städte, Landlosigkeit, der Verlust der Familie, Hunger und Vermüllung sind nicht *Ursache* seelischer Nöte, sondern *Auslöser* einer genetisch bedingten Veranlagung zur psychischen Krankheit. Epidemiologisch beruft man sich, wie 1993, auf den „Global Burden of Disease“, der inzwischen zum zweiten Mal erhoben wurde. Eine Reihe weiterer abstrakter Rechenparameter sind inzwischen dazu gekommen. So gibt es jetzt ergänzend den YLD (years lost due to disability)⁷, der 2001 einen Wert von 30,8 Prozent aller „gelebten Jahre mit Beeinträchtigung“ den psychischen und neurologischen Erkrankungen zuschreibt. Aus der Tatsache, daß der DALY von 10 Prozent im Jahr 1990 auf 12 Prozent im Jahr 2000 errechnet worden ist, wird gleich bis zum Jahr 2020 hochgerechnet. Dann wird der DALY bei den psychischen Störungen 15 Prozent erreicht und die Herz-Kreislauferkrankungen als beeinträchtigende Erkrankung überholt haben.

Ergebnis: Ein Viertel der Menschen ist psychiatrisch behandlungsbedürftig

Laut WHO-Report erleiden 25 Prozent aller Menschen einmal im Leben eine psychische oder Verhaltensstörung. Die Aufmerksamkeit des Reports gilt insbesondere der Depression, aber ebenso dem Alkohol- und Drogenmißbrauch, der Epilepsie, der Demenz und der Schizophrenie. Die Häufigkeit „unipolarer depressiver Episoden“ wird mit 1,9 Prozent bei Männern und 3,2 Prozent bei Frauen angegeben⁸. Innerhalb von zwölf Monaten ergebe das eine Häufigkeit von 5,8 bzw. 9,5 Prozent. Depressive Erkrankungen seien eine enorme gesellschaftliche Belastung, da sie mit 11,9 Prozent an erster Stelle der „gelebten Jahre mit Beeinträchtigung“ (YLD) rangieren. Das Auftreten „bipolarer“ Depression liege bei 0,4 Prozent.

⁶ WHO-Report, a.a.O., S. 5

⁷ Weitere Rechengrößen im „Global Burden of Disease“ 2000: YLL (years of life lost due to premature mortality), DALE (disability-adjusted life expectancy) und HALE (health-adjusted life expectancy). Ebd., S. 25

⁸ ebd., S. 30

Die WHO tritt in globaler Bemächtigungsmanier auf, um einem Viertel der Menschheit psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit zu verordnen. „Wir haben das Wissen und die Kraft, weltweit die Belastung durch mentale und Verhaltensstörungen spürbar zu senken.“⁹ Die globale Einführung psychiatrischer Gesundheitsdienste, die Entstigmatisierung der psychischen Erkrankung, eine intensivere neurophysiologische Forschung – alles bewährte Maßnahmen, die die hochgerechnete Existenz der psychischen Krankheiten zementieren und eine breite Abhängigkeit von den Segnungen der psychiatrischen Experten in die Welt bringen sollen.

⁹ WHO-Report, a.a.O., S. 16, Übersetzung C. J.

Epidemiologie in Deutschland: Reproduktion der globalen Ergebnisse

Der 1993 veröffentlichte WHO-Bericht war Anstoß und Vorbild für zahlreiche ähnliche Untersuchungen, die in den einzelnen Ländern erschienen. Die Marke der Aufmerksamkeit war gesetzt.

Gesundheitsberichterstattung des statistischen Bundesamts

In Deutschland legt das statistische Bundesamt 1998 seine Gesundheitsberichterstattung vor.¹⁰ Kapitel 5.15 ist ganz dem Thema Depression gewidmet. „10 % der Bevölkerung erkrankten einmal oder mehrmals im Leben an einer schweren depressiven Episode und ca. 3 - 4 % aller depressiv Erkrankten nehmen sich im weiteren Verlauf das Leben.“ Die Herkunft der Zahlen ist im Bericht nicht benannt.

Bundesgesundheitsurvey, Zusatzsurvey psychische Gesundheit

1999 berichtet Prof. Wittchen, Epidemiologe vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, in der Zeitschrift Gesundheitswesen über seine Ergebnisse für das Bundesgesundheitsurvey¹¹: Dabei beruft er sich auf „methodisch besonders sorgfältig durchgeführte Untersuchungen in den USA, Kanada und Australien“. Dort erkenne man, daß fast ein Drittel der Gesamtbevölkerung im Verlauf eines Jahres von einer psychiatrischen Erkrankung betroffen sei. „Auch Hochrechnungen der WHO im Rahmen der Global Burden of Disease Studie (Murray, Lopez 1996) haben darauf aufmerksam gemacht, daß psychische Störungen insgesamt und depressive Störungen im besonderen bereits jetzt zu der Spitzengruppe der kostenintensiven und am meisten beeinträchtigenden Krankheiten gehören und offensichtlich deutlich zunehmen; so wird geschätzt, daß vermutlich im Jahre 2020 allein Depressionen den zweiten Rangplatz unter den am stärksten belastenden Krankheitsformen einnehmen werden.“ Die Methode von Wittchens Untersuchung ist der WHO-Studie nachgebildet. 7.124 Menschen wurde ein Screeningbogen ausgehändigt, den sie ausfüllen sollten (entwickelt von Wittchen). Alle Screen-Positiven und 50 Prozent zufällig ausgewählter Negativer wurden dann zu einem knapp einstündigen klinisch-psychiatrischen Untersuchungsgespräch eingeladen, das heißt, sie mußten dort einen weiteren Bogen ausfüllen (Composite International Diagnostic Interviews DIA-X-M-CIDI). Dieses „Interview“ ist eine modifizierte Fassung des von der WHO in ihren Untersuchun-

¹⁰ Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung '98.
www.gbe-bund.de/pls/gbe/ergebnisse

¹¹ H. U. Wittchen, u. a.: Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „psychische Störungen“. In: Gesundheitswesen 61 (1999) S. 216-222.
 Das Bundesgesundheitsurvey ist eine bundesweite Erfassung des Gesundheitszustands durch Befragung. Diese Umfrage ist sehr aufwendig, Statistiker und Epidemiologen sind noch heute mit der Auswertung der Daten beschäftigt. Neuere Untersuchungen zu einzelnen Aspekten der affektiven Erkrankungen basieren sämtlich auf den Umfrageergebnissen von 1998.

gen 1991 und 1997 angewandten CIDI. Testbeschreibung: „Das CIDI erlaubt die standardisierte Erfassung von Symptomen, Syndromen und Diagnosen ausgewählter psychischer Störungen gemäß den Kriterien von ICD-10 und DSM IV, die Beurteilung von Beginn, Dauer und Verlauf der Syndrome sowie des klinischen und psychosozialen Schweregrades und resultierender Komplikationen. Ferner werden standardisiert für alle ‚Schlüsselsyndrome‘ das Hilfesuchverhalten bei Ärzten und anderen sowie die Medikamenteneinnahme erfragt und kodiert. Zusätzliche Standard-Prüffragen ermöglichen zudem die Beschreibung von körperlichen Faktoren und Erkrankungen, die im Zusammenhang mit den vom Probanden beschriebenen Symptomen stehen. Die Auswertung erfolgt computerisiert über das Standard-DIA-X-CIDI-Programm gemäß den Kriterien von DSM IV und den Forschungskriterien der ICD 10 und ist somit auswerterobjektiv.“

Wie muß man sich die Vorgehensweise dieses Projekts vorstellen? Wittchen gibt Auskunft: 24 Interviewerinnen wurden auf das Computerprogramm geschult, wurden von sogenannten „Feldsupervisoren“ jeweils nach 25 Interviews kontrolliert, und „trainierten in Rollenspielen das Kontaktverhalten, um eine möglichst hohe Ausschöpfung zu erzielen.“ Sie brauchten für das Kontaktieren und Interviewen von 4.181 Personen die Zeit von November 1997 bis zum April 1999. Offensichtlich reisten die Interviewer in die einzelnen Bundesländer und besuchten die Menschen für die Befragungen zu Hause. Sie stützten sich beim Heraussuchen der Probanden auf das Bundesgesundheitsurvey, das zeitlich unmittelbar davor erhoben worden war. Hier erhielten sie die Adressen und Telefonnummern der Menschen. Die über 65-jährigen wurden ausgesondert. 87,6 Prozent der Angeschriebenen waren immerhin bereit, sich über ihren psychischen Gesundheitszustand „screenen“ zu lassen. Am wenigsten Lust hatten dazu die Leute aus Mecklenburg-Vorpommern (nur 78,5 Prozent), Männer sowieso weniger, insbesondere diejenigen zwischen 25 und 44 Jahren scheinen eine besonders resistente Gruppe zu sein. Ergebnis der Studie: an einer psychischen Störung (man hatte drei Gruppen im Auge: 1. affektive Störung, also im wesentlichen Depression, 2. Angststörung, 3. somatoforme Störung) leiden insgesamt 17,2 Prozent der Bevölkerung zwischen 18 und 65. (Allerdings: von den 6.159 Menschen aus dem Gesundheitssurvey wurden lediglich die Screen-Positiven zu 87,8 Prozent befragt, die Screen-Negativen zu 43,2 Prozent - Gründe dafür werden nicht angegeben) „Affektive Störungen“ kamen mit einer Höhe von 6,3 Prozent auf die kleinste Rate unter den drei großen Gruppen. Dabei war die Diagnose „Typische Depression“ (?) die häufigste. In Wittchens zusammenfassender Auswertung werden die Dimensionen gleich größer: „Nahezu jeder fünfte Bundesbürger litt zum Befragungszeitpunkt an einer der hier untersuchten psychischen Störungen.“ Stolz präsentiert man ähnliche Ergebnisse wie in USA oder Kanada und hat damit den globalen Beweisanspruch von WHO und Weltbank „erfüllt“. Ziel erreicht. Es seien starke Einbrüche bei der Arbeitsproduktivität zu sehen, in allen Altersgruppen sei die Prävalenz annähernd gleich groß. Dies zeige die „Größenordnung und die gesundheitsökonomische Bedeutung psychischer Störungen in unserer Gesellschaft.“

Jahresgutachten der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen

2001 beschäftigt sich das Jahresgutachten der „Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen“ mit dem Thema „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ und behandelt in Band III das Thema depressive Störungen.¹² Man stützt sich auf Wittchens Untersuchung und gibt die Zahl der Bevölkerung, die an einer „akuten Depression“ leidet, mit 6,3 Prozent an. Eine feine Verfälschung, denn 6,3 Prozent machten die sogenannte „affektiven Störungen“ aus, an denen die von Wittchen so benannte „typische Depression“ den größten Anteil ausmacht, was auch immer das heißt. Und durch folgende Manipulation wird die Quote im Jahresgutachten noch ein wenig aufgewertet: erweitere man das „Zeitfenster“ auf 12 Monate, komme man auf eine Zahl von 11,5 Prozent der Bevölkerung, die an einer depressiven Episode leide. Das Jahresgutachten „rechnet“ weiter: „Gemessen an dem Indikator YLD (years lived with disability), der die Häufigkeit und Dauer einer Erkrankung sowie die damit verbundenen Beeinträchtigungen berücksichtigt, steht in den Industrieländern die unipolare Depression mit deutlichem Abstand an erster Stelle vor allen anderen Volkskrankheiten. Werden zusätzlich die durch vorzeitiges Versterben verlorenen Lebensjahre berücksichtigt, so rangiert die unipolare Depression nach den kardiovaskulären Erkrankungen an zweiter Stelle.“ Der abstrakte, mathematisch-ökonomische Wert dieses Indikators katapultiert die Depression an die Stelle der zweithäufigsten Volkskrankheit. Dabei wird die Begrifflichkeit „Depression“ beliebig. Einmal ist von „akuter Depression“ die Rede, dann heißt es „depressive Episode“, dann wieder „unipolare Depression“ oder Depression wird kurzerhand mit „affektiven Störungen“ identifiziert (zu denen aber ebenso Angst- und Zwangsstörungen gehören, wahrscheinlich wird hier bald kein Unterschied mehr gemacht). Der Mühe einer Definition unterziehen sich die Verfasser nicht, als sei der Begriff in sich völlig eindeutig.

Einheitsdiagnose verhindert differenzierte Auswertung

Die Depression wird in den epidemiologischen Untersuchungen nicht nach ihren jeweiligen Erscheinungen differenziert. In der WHO-Untersuchung wird lediglich nach „unipolar“ und „bipolar“ unterschieden. In keiner Untersuchung findet man Zahlen zu den jeweiligen Anteilen an „leichter“, „mittelschwerer“ und „schwerer“ Depression. Depressionen mit Wahnzuständen werden nicht gesondert aufgeführt.

Die Ausprägung der bipolaren Depression (ein Schwanken der Gefühlslage zwischen Manie und Depression, häufiger auch mit wahnhaftem Erleben verbunden) entspricht vielleicht noch am ehesten dem klassischen Verständnis einer schweren psychiatrischen Erkrankung. Dieser

¹² Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Ausführliche Zusammenfassung. S. 169-181. www.svr-gesundheit.de

Anteil liegt dem Bundesgesundheitssurvey zufolge in Deutschland bei ca. 0,8 Prozent.¹³ Eine ähnliche Größe gab Bleuler in seinem Lehrbuch der Psychiatrie 1982 bereits an, ohne daß epidemiologische Studien in diesem Umfang durchgeführt worden wären.¹⁴ Die klassische psychiatrische Erkrankung des „manisch-depressiven Irreseins“ wäre demnach in ihrer Häufigkeit mehr oder weniger unverändert.

Darstellung der Zahlen in der Presse

Bei der Veröffentlichung des Materials in der populären Presse bleibt die klare Botschaft hängen, 10 Prozent der Bevölkerung leide an Depressionen oder sind es vielleicht 20 Prozent? So heißt es in der „Zeit“ dann: „Je nach Definition erfüllen jedes Jahr vier bis acht Millionen Deutsche die Kriterien einer behandlungswürdigen Depression; europaweit sind es 33,4 Millionen. Jeden zehnten Deutschen – manche Studien sprechen sogar von fast jedem fünften – wird die Schwermut mindestens einmal in seinem Leben überwältigen. Jeder Sechste von ihnen wird daran sterben.“¹⁵ Die Mainzer Zeitung vom 14.5.2003: „Die Depression ist eine Volkskrankheit: Etwa jeder Fünfte in Deutschland ... macht diese Erkrankung mindestens einmal im Laufe seines Lebens durch.“ „Insgesamt gehen die Epidemiologen von rund acht Millionen Deutschen aus, die unter einer Depression leiden.“¹⁶ Der Internet-Dienst Healthnet Services weiß sogar: „15 bis 57 Prozent der älteren Menschen leiden unter chronischer Depression.“¹⁷ Und die 3-sat-Sendung Nano gibt im Fernsehen noch alarmierendere Zahlen an: „An der Volkskrankheit Depression leidet jede dritte Frau und jeder vierte Mann – Tendenz steigend.“¹⁸ Sport-Bild vom 26.11.2003: „Jeder Mensch hat im Leben durchschnittlich eine depressive Phase.“

Sind schon die erhobenen Zahlen der epidemiologischen Screenings anzweifelbar, wird völlig unklar, auf welche Zahlen sich die Medien eigentlich beziehen. Gerne rundet man die Zahl hier und da noch ein wenig auf. Oder man überträgt die angebliche Häufigkeit sämtlicher psychischer Erkrankungen überhaupt auf die Diagnose „Depression“. Offensichtlich besteht ein Interesse daran, die Depression als Krankheit zu hegen und zu pflegen.

Die hochstilisierte Anzahl der Depressionen scheint ein bestimmtes Bild der Gesellschaft von sich selbst besser zu repräsentieren, als das Rasonieren über das Ansteigen zum Beispiel der Krebserkrankungen (siehe Kapitel 10).

¹³ vgl. Zeitschrift für klinische Psychologie, TU Dresden: Seelische Gesundheit in Ost und West. Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheitssurveys.

¹⁴ „Die meisten früheren Untersuchungen an der Durchschnittsbevölkerung kamen auf eine Krankheitserwartung von knapp 1/2 %.“ (Eugen Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin 1983, S. 479)

¹⁵ „Wenn das Ich erstarrt“. Die Zeit, 11.3.2004

¹⁶ „Andauernde Unsicherheit macht krank“. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 30.12.2003

¹⁷ Healthnet-Services: www.hns.pvs-bw.de

¹⁸ 3-sat „Nano“ vom 30.1.2001: Angst und Depression. www.3sat.de

Bericht der Europäischen Kommission

In ihrem 2004 veröffentlichten Bericht zum Thema „Maßnahmen gegen Depressionen“ macht die Europäische Kommission aus einem vorwiegend ökonomisch motivierten Interesse keinen Hehl. Im Gegenteil: nicht ohne Stolz wird auf die hohen Kosten der Depression hingewiesen.

„Kapitel 3: Soziale und wirtschaftliche Folgen von Depressionen“¹⁹ beginnt mit folgender Feststellung: „Die sozioökonomischen Kosten von Depressionen für die Gesellschaft als Ganzes – und nicht nur für das Gesundheitssystem – sind beträchtlich. Sie belaufen sich auf etwa 1 Prozent des Bruttoinlandprodukts (BIP). Der Großteil der wirtschaftlichen Kosten von Depressionen entsteht außerhalb des Gesundheitswesens. Zahlreichen internationalen Studien zufolge machen Arbeitsplatzverlust, Absentismus und Arbeitsausfälle wegen Krankheit, Minderung der Arbeitsleistung, Verlust an Freizeitmöglichkeiten und vorzeitige Sterblichkeit 60 Prozent bis 80 Prozent der Gesamtkosten von Depressionen aus.“ Das gesamte Kapitel handelt von „Kosten von Depressionen in Kindheit und Jugend“, „Fehlzeiten am Arbeitsplatz und Minderung der Arbeitsleistung“, „Kosten von Depressionen bei älteren Menschen“ und „Kosten von Selbstmord“. Diese vier Punkte sind Inhalt der Beschäftigung mit den „sozialen Folgen“ der Depression.

Aufschlußreich ist, daß unter „Depressionen in Kindheit und Jugend“ gleich auch sämtliche „Stimmungsstörungen“ subsummiert werden, ebenso wie die Veröffentlichung einer zweiflüchtigen Graphik zum Thema „Finanzielle Kosten sozialer Ausgrenzung: Langzeitfolgen von antisozialen Kindern“²⁰ (Was hat das mit Depression zu tun?) An Kosten aufgeführt werden

- die Einrichtung zusätzlicher Fachdienste für Kinder und Jugendliche
- Inanspruchnahme der Strafjustizbehörden
- Unterbringung in Pflegefamilien
- die „Kosten verpaßter Lebenschancen“

Offensichtlich wird von der Europäischen Kommission und ihren Experten inzwischen jede Form der Unangepaßtheit unter den Begriff „Depression“ gefaßt! Interessant auch, was als „Kosten von Depressionen bei älteren Menschen“ aufgeführt wird:

- eine frühere Einweisung ins teure Pflegeheim sei erforderlich.
- Familienmitglieder, die sich um die depressiven Eltern kümmern, können in der Zeit nicht lukrativeren Tätigkeiten nachgehen.
- wer einen depressiven Ehepartner hat, kann im Beruf nicht mehr so gut arbeiten.

¹⁹ Europäische Kommission, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz: Maßnahmen gegen Depressionen. Psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden verbessern und die negativen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen von Depressionen bekämpfen. Europäische Gemeinschaften 2004, S. 22 f. <http://europa.eu.int>

²⁰ ebd., S. 32

Auf diese Weise errechnet die EU-Kommission den hohen „Wert“ der Depression, der nun ein frühzeitiges (weil kosteneffektives) Arsenal von Aufklärungsarbeit, Beratungs- und Informationsdiensten, lokale „Konsensfindungsprozesse“, „Reminders“ (vor-Ort-Besuchen) und Fortbildungsmaßnahmen entgegengesetzt werden sollen. Ihr Ziel: Die Menschen sollen ärztliche und/oder psychologische Beratung aufsuchen.

Die Planung der nächsten Schritte auf europäischer Ebene ist ebenfalls voll und ganz der Ökonomie entlehnt. „Stakeholder“ sollen identifiziert werden, die „bei der Implementierung eines solchen Plans behilflich sein können“.²¹ Strategien des Marketing werden angewandt: „Der nächste Schritt bestünde darin, den verschiedenen Gruppen maßgeschneiderte Botschaften zu übermitteln. ... Auf diese Weise kann das Gefühl einer lokalen ‚Ownership‘ an potentiellen Aktionen gestärkt und die Bereitschaft zur Veränderung und Optimierung lokaler Politiken und Praktiken erhöht werden.“²²

Der vermeintliche Kampf gegen Depressionen wird zu einem kostspieligen Selbstläufer, der sich aus fiktivem Datenmaterial einen überdimensionalen Gegner konstruiert hat. Die krankmachende Wirkung einer solchen Art von Gesundheitsfürsorge hat Ivan Illich bereits 1975 kritisiert, indem er sein Buch „Die Nemesis der Medizin“ mit dem Satz einleitete: „Die etablierte Medizin hat sich zu einer ernststen Gefahr für die Gesundheit entwickelt.“²³ Heute ist es weniger die Medizin, als die Expertenschaft von Datenherstellern, Gesundheitsbürokraten und Wirtschaftswissenschaftlern, die die seelische Gesundheit bedrohen.

²¹ EU-Kommission, a.a.O., S. 43

²² ebd.

²³ Ivan Illich 1995, S. 9

Statistiken der Renten- und Krankenversicherungen

In den Statistiken der Renten- und Krankenversicherung finden sich ebenfalls Zahlen über die Häufigkeit der Diagnose Depression. Aber im Gegensatz zu den erwähnten epidemiologischen Abfragungen, handelt es sich hier um „harte Fakten“. Wie oft und wie lange ist jemand mit einer Diagnose Depression krank geschrieben? Wie groß ist der Anteil der „Depressiven“ am Gesamtstand der vorzeitigen Rentenbewilligungen?

Ursachen für das Ansteigen der frühzeitigen Renten

2001 veröffentlicht die BfA eine Auswertung ihrer Reha- und Rentenzahlen²⁴ mit der Feststellung, daß psychische Erkrankungen inzwischen die häufigste Ursache für Frühberentung darstellen. In Deutschland registrierte die Rentenversicherung in den 90er Jahren einen Anstieg der Erwerbsunfähigkeitsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen. Diese Ergebnisse statistischer Auswertung wurden vorerst intern veröffentlicht. In den Jahren 1994 bis 1996 übersteigen erstmals die Verrentungen aufgrund psychischer Erkrankung alle anderen Ursachen für die Erwerbsunfähigkeitsrente. Bei Frauen betrug der Anteil im Jahr 2000 immerhin 35 Prozent, bei Männern etwa 26 Prozent. 1989 hatte der Anteil psychischer Erkrankungen noch bei 14 Prozent (Männer) gelegen, in 11 Jahren hat sich der Anteil dieser Verrentungsbegrundungen also verdoppelt.

Die *vorzeitige Berentung* war vor allem Ende der 1990er Jahre ein Mittel zur massenweisen „Freistellung“ von Arbeitnehmern in Betrieben und Verwaltungen. 1996 trat das Altersteilzeitgesetz in Kraft. Es regelte, daß Mitarbeiterinnen ab einem Alter von 55 Jahren bis zur Erreichung des 60. Lebensjahres halbtags arbeiten konnten bei nahezu vollem Gehalt. Die fehlende Hälfte des Monatslohns wurde von der Bundesanstalt für Arbeit dazugesteuert. Dies war ein Instrument zur massenweisen frühzeitigen Berentung und damit der „Entlastung“ der Unternehmen. Die Zahl der Rentenzugänge nach Altersteilzeit, bzw. Arbeitslosigkeit (dies wird in der Rentenstatistik nicht unterschieden) nahm kontinuierlich zu. 2003 hatte immerhin ein Achtel vor Rentenbeginn Altersteilzeit ausgeübt.²⁵ Unternehmen, die sich „verschlanken“ wollten oder Arbeitgeber öffentlicher Dienstleistungen, die im Laufe der 1990er Jahre privatisiert wurden, wurde die Entlassung tausender von Angestellten auf diese Weise leicht gemacht. Die gestiegene Arbeitslosigkeit steuert das ihre zum Ansteigen der vorzeitigen Berentungen bei.

²⁴ Dr. Hanno Irle, Dr. Susanne Amberger, Dr. Peter Nischan: Entwicklungen in der psychotherapeutisch/ psychosomatischen Rehabilitation. In: Die Angestellten Versicherung 7/01.

²⁵ vgl. Kalamkas Kaldybajewa: Rentenzugang der BfA 2003: Jeder achte Altersrentner kommt aus Altersteilzeit. In: Die Angestelltenversicherung, 5/6/2004, S. 227

Die *Erwerbsunfähigkeitsrenten* insgesamt sind in ihrem Anteil an den Gesamtaltersrenten allerdings seit 1960 kontinuierlich gesunken. Betrug ihr Anteil 1960 noch 64,5 Prozent, so werden 2003 nur noch 16,7 Prozent aller Renten als Erwerbsminderungsrente gezahlt. Allein seit dem Jahr 2000 sank der Anteil der Erwerbsminderungsrente an den Gesamrenten nochmals um 3 Prozent.²⁶ 1960 waren die Bezieher der Erwerbsunfähigkeitsrente meist um die 65 Jahre. 1995 ist das Durchschnittsalter beim Bezug der Frührente auf 53 Jahre bei Männern gesunken. Tendenz weiter fallend. Die BfA gibt für das Jahr 2003 ein Durchschnittsalter von 49 Jahren bei Frauen und 51 Jahren bei Männern an.²⁷

Es werden also prozentual weniger „Frührenten“ bewilligt, jedoch mehr Renten aufgrund von Arbeitslosigkeit oder Altersteilzeit. Die vorzeitig Berenteten werden immer jünger. Ein umfangreicher „Abbau“ von Arbeitsplätzen konnte so gesellschaftlich unwidersprochen, sozialpolitisch „verträglich“ durchgesetzt werden.

Psychische Erkrankung als Ausweg zur Rente

Mit der Rentenreform 2001 ist der Bezug einer Erwerbsminderungsrente nicht mehr damit zu begründen, daß es für den Betroffenen keinen Arbeitsplatz mehr gibt. Ausschließlich medizinische Gründe können heute dazu führen, daß vom Amtsarzt eine „verminderte Erwerbsfähigkeit“ bescheinigt wird. Das Instrumentarium zur „Begutachtung“ der Antragsteller ist von den Rentenversicherungen systematisch ausgebaut worden. Skelett- und Muskelerkrankungen werden heute in Berufsbildungswerken über eine Maschine (ERGOS)²⁸ abgetestet. Die Zahl der Erwerbsminderungen mit dieser Diagnose ist erwartungsgemäß stark zurückgegangen (Anteil 1997: 28 Prozent, 2003: 20 Prozent).

Psychische Erkrankungen sind hingegen nicht so leicht „objektivierbar“ und mit den eingeführten Mitteln der Rentenversicherungen kaum erfaßbar. Hier eröffnet sich ein Ausweg aus dem nicht nachlassenden Druck, dem sich viele Menschen angesichts der andauernden Massenarbeitslosigkeit ausgesetzt sehen. Wie soll an sich körperlich gesunden Arbeitnehmern der Weg in die Rente und damit das Ausscheiden aus der Lohnarbeit möglich werden? Ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente aufgrund der Diagnose „psychische Erkrankung“ löst dieses

26 Zahlen aus: VDR, Rentenversicherung in Zahlenreihen 2004. www.vdr.de

27 Kalamkas Kaldybajewa, a.a.O., S. 228

28 ERGOS ist ein handliches „Arbeitssimulationsgerät“, das standardisierte Arbeitsabläufe – heben, tragen, knieend arbeiten etc. – an fünf Stationen nach Leistung abtestet. „Ein wichtiges Element ist die objektive Erfassung, denn subjektive Erkenntnisse aus Beobachtungen oder Schmerzangaben werden getrennt betrachtet und beeinflussen nicht das ausgegebene Ergebnis dieser Arbeitssimulation.“ (Harald Kaiser, Manuela Kerstin, Hans-Martin Schian: Der Stellenwert des Arbeitssimulationsgerätes ERGOS als Bestandteil der leistungsdiagnostischen Begutachtung. In: Rehabilitation 39/2000) Seit 1998 wird ERGOS flächendeckend in Deutschland eingesetzt.

Problem. Hier besteht die größere Wahrscheinlichkeit, daß dieser Antrag auch bewilligt wird. Sozialpolitische Zwänge stehen also mindestens ebenso hinter den ansteigenden Zahlen, wie häufiger ausgestellte Diagnosen, werden aber meist nicht benannt.

Auswertung der Krankenstände durch die Krankenkassen

AOK, DAK und die BKKs werten Jahr für Jahr die Daten der von den Ärzten ausgeschrieben Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen aus. So ermitteln sie, welche Krankheiten am häufigsten diagnostiziert werden und welche „Ausfallzeiten“ durch sie an den Arbeitsplätzen entstehen. Die Krankheiten werden dabei nach ICD-10 Codierung aufgeführt. 2003 betrug der Krankenstand in Deutschland laut BKK (Bundesverband der betrieblichen Krankenkassen mit 7,75 Millionen Versicherten)²⁹ 3,7 Prozent und hatte damit seinen tiefsten Wert überhaupt erreicht. Während noch 1991 jedes Mitglied im Schnitt 25 Tage pro Jahr wegen Krankheit zu Hause blieb, waren es im Jahr 2003 nur noch 13,5 Krankheitstage.³⁰

Die „Bewertung“ der Krankheiten, ihre Schwere und Bedeutsamkeit wird einerseits danach beurteilt, wie häufig sie auftritt. Andererseits wird erfaßt, wie lange Patienten bei den verschiedenen Krankheiten zu Hause bleiben.

Aufgrund der unterschiedlichen Auswertung der Zahlen nach entweder Häufigkeit oder Dauer kommt es dazu, daß zum Beispiel die gemeine Erkältung als häufigster Grund für Krankenschreibungen auftritt, aber mit 6,8 Fehltagen statistisch weit unter dem Durchschnitt bleibt. So kommt es auch, daß die psychischen Erkrankungen überhaupt ins Gewicht fallen. Zwar liegen sie in der Häufigkeit unter dem Durchschnitt, jedoch schlagen sie mit der Zahl der Krankheits-tage etliche anderen Erkrankungsgruppen um Längen. Damit haben sie eine *ökonomische* Bedeutsamkeit (Produktivitätsausfall) bekommen, die sie enorm aufwertet.

²⁹ BKK Gesundheitsreport 2004. Gesundheit und sozialer Wandel. BKK Bundesverband, Essen. www.bkk.de Die Zahlen der folgenden Tabellen sind sämtlich dem Gesundheitsreport entnommen.

³⁰ Laut BKK-Untersuchung ist es weniger die Angst vor Entlassung, die zu den niedrigeren Krankenständen führt, als die Tatsache, daß besonders kranke Mitarbeiter inzwischen „aus dem Arbeitsleben ausgegliedert“ wurden. (Gesundheitsreport, S. 63)

Tabelle I

Arbeitsunfähigkeiten der beschäftigten BKK-Pflichtmitglieder im Bundesgebiet

Krankheitsart nach ICD-Schlüssel	Fälle in %	Tage je 100 Mitglieder	Tage je Fall
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A 00-B 99)	9,66	56,9	5,9
Neubildungen (C 00-D 48)	1,25	39,2	31,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E 00-E 90)	0,50	10,0	20,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F 00-F 99)	3,55	102,2	28,8
Krankheiten des Nervensystems (G 00-G 99)	2,18	30,5	13,9
Krankheiten des Auges (H 00 - H 59)	1,07	8,0	7,5
Krankheiten des Ohres (H 60 - H 95)	1,34	12,9	9,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I 00 - I 99)	1,34	12,9	9,6
Krankheiten des Atmungssystems (J 00 - J 99) ^a	33,95	229,5	6,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K 00 - K 93) ^b	14,55	90,3	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L 00 - L 99)	1,84	21,2	11,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M 00 - M 99) ^c	19,41	358,7	18,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N 00 - N 99)	2,92	31,1	10,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O 00- O 99)	2,58	41,7	16,2
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R 00 - R 99)	5,57	55,3	9,9
Verletzungen und Vergiftungen (S 00 - T 98)	11,47	205,7	17,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z 00 - Z 99)	1,03	14,0	13,7

a Häufigste Einzeldiagnosen in dieser Gruppe: Akute Infektion der oberen Atemwege (J 06) und Bronchitis (J 20)

b Häufigste Einzeldiagnose dieser Gruppe: Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis (K 52)

c Häufigste Einzeldiagnose dieser Gruppe: Rückenschmerzen (M 54)

Depressionsquote weit unter epidemiologischer Erwartung

In der großen Gruppe der psychischen Erkrankungen ist die Diagnose-Untergruppe „Depressive Episode“ eine der meistgenannten. Betrachtet man die Häufigkeit dieser Diagnose, so findet sich die „Depressive Episode“ bei Männern gar nicht unter den 20 häufigsten, bei Frauen landet sie auf dem 18. Platz.

Tabelle 2

***Einzeldiagnosen auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nach Häufigkeit
Gesamtmitglieder BKK***

	Krankheitsart Männer	In % der AU-Fälle	Krankheitsart Frauen	In % der AU-Fälle
1	Rückenschmerzen	9,5	Akute Infektion der oberen Luftwege	8,9
2	Akute Infektion der oberen Luftwege	7,8	Rückenschmerzen	6,7
3	Akute Bronchitis	4,4	Akute Bronchitis	4,8
4	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	4,3	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	4,4
5	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiös	4,1	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiös	4,0
6	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	3,1	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	3,6
7	Bronchitis	2,7	Bronchitis	3,0
8	Verletzung an einer nicht näher bezeichneter Körperregion	2,4	Akute Sinusitis (Schnupfen)	2,7
9	Viruskrankheit, nicht näher bezeichnet	2,0	Akute Tonsillitis (Halsentzündung)	2,4
10	Akute Tonsillitis (Halsentzündung)	2,0	Gastritis und Doudenitis	2,3
11	Gastritis und Doudenitis	1,9	Viruskrankheit, nicht näher bezeichnet	2,2
12	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	1,9	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	2,0
13	Akute Sinusitis (Schnupfen)	1,8	Chronische Sinusitis	1,6
14	Verstauchung und Zerrung im Bereich des Fußes	1,3	Bauch- und Rückenschmerzen	1,5
15	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	1,2	Migräne	1,5
16	Akute Pharyngitis (Rachenentzündung)	1,0	Akute Pharyngitis	1,4
17	Sonstige Enthesopathien (Sehnenscheidenentzündung)	1,0	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	1,4
18	Chronische Sinusitis	1,0	Depressive Episode (F 32)	1,3
19	Binnenschädigung des Kniegelenkes	0,9	Akute Laryngitis und Tracheitis (Kehlkopfentzündung)	1,2
20	Sonstige Infektionskrankheiten	0,8	Verletzung an einer nicht näher bezeichneter Körperregion	1,1

Das muß erstaunen, wenn man die oben zitierten epidemiologischen Untersuchungen der WHO und des Max-Planck-Instituts zugrunde legt. Schließlich war hier von einer 11,5 Prozent-Quote an Betroffenen während eines Jahres die Rede. Dagegen fällt die jährliche Arbeitsunfähigkeitsrate aufgrund von Depressionen (hier bei Frauen 1,3 Prozent, gesamt 0,86 Prozent) äußerst gering aus.

Der Gesundheitsreport der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK)³¹ 2002 kam zu ganz ähnlichen Zahlen. Der Gesundheitsreport hatte sich die psychischen Erkrankungen der berufstätigen Versicherten zum Schwerpunktthema gemacht. Aufgrund der Tatsache, daß die Krankschreibungen wegen psychischer Erkrankungen in einem Zeitraum von vier Jahren (1997 bis 2001) um 51 Prozent gestiegen war³², ist die DAK alarmiert. Jedoch auch hier heißt es, daß (lediglich) 1,3 Prozent der Berufstätigen wegen der Diagnose Depression krankgeschrieben worden seien. Im DAK-Report werden die Ergebnisse der WHO-Untersuchung und des Bundesgesundheits surveys zitiert, wonach 32,1 Prozent der Bevölkerung im Laufe eines Jahres an einer psychischen Störung litten. Für die Statistik-Auswerter der DAK ergibt sich also ein gewisser Erklärungsbedarf, warum die tatsächlichen Zahlen der ärztlichen Diagnosen bei den Krankenkassen so niedrig ausfallen. Die DAK vermutet: Betroffene würden den Arzt nicht aufsuchen, Ärzte könnten die Krankheit nicht gut genug erkennen, körperliche Erkrankungen seien häufig versteckte psychische Erkrankungen und die nicht Berufstätigen seien wahrscheinlich stärker betroffen. „Aus der im Vergleich zu der bevölkerungsbezogen ermittelten 12-Monats-Prävalenz sehr geringen AU-Betroffenenquote ist ferner zu schließen, dass täglich eine große Zahl von Menschen zur Arbeit geht, obwohl sie unter Symptomen einer psychischen Erkrankung leiden.“ Offensichtlich sind nicht die Ergebnisse der epidemiologischen Umfragen anzuzweifeln, sondern die Menschen werden eben bisher noch nicht ausreichend als depressiv beurteilt.

Depression ist vor allem ökonomisch bedeutsam

Ganz anders stellt sich das Bild dar, wenn nicht die Betroffenenquote, sondern die *Dauer des Arbeitsausfalls* betrachtet wird. Die relativ wenigen Betroffenen bleiben im Schnitt 35,5 Tage zu Hause und so bekommt die Diagnose F 32 in der Krankenkassenstatistik folgende Wertigkeit:

31 IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH: DAK Gesundheitsreport 2002. DAK Gesundheitsmanagement, Hamburg 2002.

32 Eine Tatsache, deren Erfassung nur technisch möglich war, weil die Verschlüsselung mit ICD-10 normiert und in diesem Zeitraum nicht verändert wurde.

Tabelle 3

Bei welchen Diagnosen gibt es die längsten Arbeitsausfallzeiten?

	Krankheitsart Männer	AU-Tage Je 1.000 Mitglieder	Krankheitsart Frauen	AU-Tage Je 1.000 Mitglieder
1.	Rückenschmerzen	1487	Rückenschmerzen	1063
2.	Akute Infektion der oberen Luftwege	485	Akute Infektion der oberen Luftwege	549
3.	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	338	Depressive Episode (F 32)	437
4.	Akute Bronchitis	336	Akute Bronchitis	367
5.	Sonstige Bandscheibenschäden	280	Reaktionen auf schwere Belast- ungen und Anpassungsstörung	250
6.	Binnenschädigung des Kniegelenkes	258	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	238
7.	Depressive Episode (F 32)	215	Bronchitis	219
8.	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	208	Sonstige Bandscheibenschäden	218
9.	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	203	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	216
10.	Bronchitis	200	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiös	190
11.	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiös	191	Akute Sinusitis	167
12.	Verstauchung und Zerrung im Bereich des Fußes	189	Sonstige Enthesiopathien	167
13.	Sonstige Enthesiopathien	185	Gastritis und Doudenitis	156
14.	Schulterläsionen	176	Akute Tonsillitis	148
15.	Verstauchung und Zerrung im Bereich des Knies	170	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	148
16.	Fraktur des Unterschenkels	150	Somatoforme Störungen	147
17.	Gastritis und Doudenitis	142	Binnenschädigung des Kniegelenkes	146
18.	Essentielle Hypertonie (Bluthochdruck)	132	Verstauchung und Zerrung im Bereich des Fußes	140
19.	Fraktur im Bereich des Handgelenkes	130	Viruskrankheit nicht näher bezeichnet	135
20.	Akute Tonsillitis	124	Schulterläsionen	135

Hier sind die Krankheiten danach geordnet, welchen „wirtschaftlichen Schaden“ sie bewirken. Unter dem ökonomischen Fokus der Fehltage wird die „Depressive Episode“ nun zur siebt-, bzw. dritthäufigsten Krankheit.

Psychische Erkrankungen insgesamt (dazu gehören Suchterkrankungen, Eßstörungen, Angsterkrankungen etc.) liegen, was die Fehltage angeht, an vierter Stelle der Häufigkeit der Krankschreibungen (Siehe Tabelle 1).

Prävention: Kampf gegen Mobbing?

Die Auswertung des Zahlenmaterials, ob DAK, AOK oder BKK, kommt in allen Fällen zu den gleichen Schlüssen. Obwohl die Anzahl der Betroffenen klein ist, kommt es zu einer Menge an Fehltagen. Besonders hoch sind die Quoten in der öffentlichen Verwaltung, im Gesundheitswesen, sozialen Einrichtungen, Bildungseinrichtungen. Das sind die Bereiche, in denen seit Jahren Personal „abgebaut“ wird, in denen bisher aber auch ein recht starkes Tarifrecht Entlassungen behinderte³³. Entsprechend rüde werden die als „überzählig“ betrachteten Mitarbeiterinnen dann an ihrem Arbeitsplatz behandelt. Der handfeste Interessenkonflikt wird gern als „Mobbing“ verniedlicht, als handle es sich um das persönliche Problem unsensibler Vorgesetzter oder Kollegen. Der DAK-Bericht schreibt: „Allgemein und branchenunabhängig spielt arbeitsbedingter Stress eine Rolle bei der Entstehung psychischer Störungen. ... Ein weiteres wichtiges Stichwort für die Prävention psychischer Erkrankungen ist Mobbing: So finden sich im Gesundheits- und Sozialbereich, in den öffentlichen Verwaltungen, sowie dem Kreditgewerbe überproportional viele Mobbing-Opfer.“³⁴ Die BKK: „Generell ist bereits seit längerem - in den letzten beiden Jahren aber speziell im Angestelltenbereich - ein Anstieg der durch psychische Erkrankungen ausgelösten Krankheitstage zu beobachten. Verantwortlich hierfür dürften nicht zuletzt zunehmende Friktionen im beruflichen Umfeld der Betroffenen sowie u.a. auch Mobbing sein.“³⁵ Streß und Mobbing führen zu Depressionen, so das abgekürzte Credo der Interpretation. Die eigentlichen Konflikte verschwinden in der dunklen Begrifflichkeit einer schwammigen Diagnose.

Immerhin hat die BKK in ihrer Untersuchung 2004 aber auch zutage gefördert, daß Personen mit längeren Krankheitsperioden mehr und mehr aus dem Arbeitsleben herausfallen und sich in der Arbeitslosigkeit wiederfinden. Der Konkurrenzkampf um das Verdrängen der „Schwächeren“ läuft offensichtlich erfolgreich.

³³ Das wird nicht mehr lange so bleiben. Nach Plänen der hessischen Landesregierung wird die Tarifgemeinschaft der Länder aufgelöst und der Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) steht zur Disposition.

³⁴ DAK Gesundheitsreport 2002, a.a.O.

³⁵ BKK-Gesundheitsreport 2004, a.a.O., S. 31

Wie eine Depressions-Diagnose auch entstehen kann

Innerhalb der großen „Familie“ der psychischen Erkrankungen wird die Diagnose „Depressive Episode“ laut Krankenkassen bei den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen am häufigsten benannt. Wie setzt sich die Diagnose „Depressive Episode“ zusammen?³⁶ Nach ICD-Schlüssel fallen unter diesen Oberbegriff sechs Untergruppen.

Tabelle 4

Arbeitsunfähigkeit der BKK-Mitglieder (Bund insgesamt, ohne Rentner) 2003

ICD-Schlüssel	In Prozent der AU-Fälle	Je 100 Mitglieder AU-Tage
F 32 Depressive Episode	0,048	1,68
F 32.0 Leichte depressive Episode	0,032	0,94
F 32.1 Mittelschwere depressive Episode	0,078	4,41
F 32.2 Schwere depressive Episode	0,053	3,34
F 32.3 Schwere depressive Episode mit Wahn	0,009	0,45
F 32.8 Sonstige depressive Episode	0,037	1,30
F 32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	0,610	20,30

Erwartungsgemäß wird die Diagnose einer „schweren Depression“ selten gestellt, das Vorkommen einer Depression mit Wahnideen (die „alte“ Melancholie) bleibt marginal. Überraschend ist, daß die häufigste Einzeldiagnose F 32.9: „Depressive Episode, nicht näher bezeichnet“ lautet. Zunächst könnte man annehmen, die Hausärzte wollten sich mit der Diagnose nicht festlegen. Tatsächlich ist der Grund dieser Häufung ganz simpel ein systemtechnischer: Wollen Hausärzte ausführlichere Gespräche mit Patienten abrechnen, ohne daß ihnen die Krankenkassen dies als unnötig ankreiden, brauchen sie Diagnosen. Eine Depressionsdiagnose eignet sich gut, auch mehrmalige und längere Gespräche abrechnungsfähig zu machen. Beim Eintrag ins zentrale Computersystem, das für die Ärzte so angelegt ist, daß sie die ersten drei Buchstaben der Diagnose eingeben und so eine Nummer für die Diagnose zugewiesen bekommen, taucht an den ersten zehn Stellen der Eingabemaske stets: F 32.9 „Depressive Episode, nicht näher bezeichnet“ auf.³⁷ Die Beliebigkeit der Diagnose zeigt sich in der Praxis. Viele Patienten wissen wahr-

³⁶ Die Zahlen aus Tabelle 4 sind von der BKK aus Anlaß dieser Arbeit errechnet worden.

³⁷ Schilderung einer praktischen Ärztin, die bereits zweimal wegen „zu häufig“ angegebener Beratungsgespräche von der Vereinigung der Krankenkassen gerügt wurde.

scheinlich gar nicht, daß sie mit einer „depressiven Episode“ belegt wurden, weil dies in erster Linie aus abrechnungstechnischen Gründen geschah. Solche verfahrenstechnischen Hintergründe sind für die Feststellung und Verteilung von Diagnosen heute von großer Bedeutung. Diagnosen sind Urteile, die nur durch den ärztlichen Blick zustande kommen. Der Blick des Arztes ist ein Blick, der nur sehen kann, was er sehen soll - ein Vor-urteil in Gestalt naturwissenschaftlich geprägten Menschenverständnisses. Diagnosen nach ICD sind aber keine klassischen ärztlichen Diagnosen mehr, sondern wert- und geldoptimierte Versuche, Systemlücken zu finden oder eine statistische Sollverteilung zu erfüllen. Und da paßt es gut, wenn die erwartete Zahl der Depressionen eigentlich höher sein müßte - für die Hausärzte ein Potential, das noch ausgeschöpft werden kann...

Depressionsnetzwerke: das Fahnden nach Patienten

Früher beherrschte die moderne Medizin nur einen begrenzten Markt; heute sprengt dieser Markt alle Grenzen. Leute, die gar nicht krank sind, brauchen im Interesse ihrer zukünftigen Gesundheit professionelle Betreuung. IVAN ILLICH: DIE NEMESIS DER MEDIZIN

Depressionsscreening in Deutschland

Entsprechend der Devise, „Verhaltensauffälligkeiten“ präventiv zu erfassen, wurde 1999 in Deutschland das „Kompetenznetz Depression“ gegründet. Sogenannte Depressionsnetzwerke sind inzwischen in vielen deutschen Städten entstanden.

Mit 25 Millionen DM Förderung ist das Projekt das größte dieser Thematik in der Geschichte des deutschen Gesundheitswesens. Initiatoren der Kampagne sind die Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München und das Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, in dem auch der oben zitierte Wittchen einschlägige Epidemiologie zur Depression erarbeitet. Das Max-Planck-Institut verfügt über ausgezeichnete Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie. 2002 wurde auf dem Gelände des Instituts zusammen mit GlaxoSmithKline ein gemeinsames Forschungslabor („Genetic Research Centre“) gegründet, das von dem Pharmaunternehmen in Millionenhöhe finanziert wird. Der Psychiater Florian Holsboer, Antragsteller für das „Kompetenznetz Depression“, forscht dort nach den „biologischen Grundlagen der Depression“³⁸.

Die Forscher „untersuchten Proteine im Gehirnwasser, analysierten Stresshormone im Blut, maßen elektrische Ströme in den Gehirnen Hunderter depressiver Menschen und haben auf diese Weise eine weltweit einzigartige Datensammlung zusammengetragen.“³⁹ So wundert es nicht, daß in dem, für den Transport zu den Patienten bestimmten, Informationsmaterial des „Kompetenznetzes“ folgende Erklärung zur Entstehung von Depression zu lesen ist: „Nach Ansicht vieler Wissenschaftler ist während einer Depression der Stoffwechsel des Gehirns gestört ... Ist aber die Übertragung zwischen den Nervenzellen gestört, so schlägt sich das auch in den Gefühlen und Gedanken nieder, wie etwa in Grübeln und Niedergeschlagenheit. Viele antidepressive Medikamente setzen an dieser Stelle an und bringen den Hirn-Stoffwechsel wieder ins Gleichgewicht.“⁴⁰ Lebensereignisse wie Arbeitslosigkeit, Trauer, Scheidung, Stress sind für die

³⁸ Jörg Blech: Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden. Frankfurt 2004, S. 46.

³⁹ ebd.

⁴⁰ Kompetenznetz Depression: Presseinformation. Depression, Suizidalität. Ein bundesweites Projekt zur Optimierung von Therapie und Forschung. S. 35, www.kompetenznetz-depression.de

biologisch denkenden Psychiater in erster Linie Risiken für diese Verschiebung des Gehirnstoffwechsels. „Forschungen am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München haben gezeigt, dass das Kontrollsystem für Stresshormone bei Depressionskranken gestört ist. Es wurde untersucht, ob das vom Gehirn freigesetzte Stresshormon CRH (Corticotropin-freisetzendes Hormon) auch auf der Verhaltensebene die für eine Depression charakteristischen Anzeichen und Symptome hervorrufen kann. Zahlreiche Versuche an Menschen, Ratten und Mäusen wiesen darauf hin, dass CRH tatsächlich Verhaltensänderungen hervorruft, die der Psychopathologie der Depression entsprechen.“⁴¹ Der Ausweg: „Ein Medikament, das die Wirkung einer ‚Überdosis‘ von CRH blockieren soll, befindet sich in der Testphase.“ Die Suche nach dem Trägerstoff für Depression ist unerschütterlich. Nach Noradrenalin und Dopamin soll nun CRH für Depression verantwortlich sein. Menschliches Verhalten (das sich aus der Sicht der Psychiater nicht wesentlich von dem ihrer Versuchstiere Mäuse und Ratten unterscheidet) ist Ergebnis einer Hormonausschüttung und somit auch steuerbar.

Öffentlichkeitsarbeit des Kompetenznetzes

Das Kompetenznetz hat sich zunächst eine Internet-Plattform zugelegt. Im Bereich Nürnberg werden beispielhaft epidemiologische Erhebungen und gezielte Aufklärungskampagnen bei Hausärzten, in Schulen und Kirchen durchgeführt. Ziel ist die Gründung solcher Kompetenznetze in der ganzen Bundesrepublik. Das Nürnberger Projekt soll die entstandenen Netze koordinieren.

Die Argumentation des „Kompetenznetzes“ popularisiert Depression in bekannter Weise als bedrohliche Stoffwechselkrankheit, die eine medikamentöse Langzeitbehandlung notwendig macht. Um sich selbst zu prüfen, wird ein schneller „Selbsttest“ ins Internet gestellt.

Wer würde nicht an sich selbst Niedergeschlagenheit, Selbstzweifel, schlechten Schlaf feststellen können? Leide ich an dieser Krankheit, dränge sie weg, will sie nicht wahrhaben? Wer den Selbsttest ausfüllt, dem dämmert leicht dieser Verdacht: Etwas stimmt nicht mit mir...

⁴¹ Kompetenznetz Depression, a.a.O.

Exkurs

Das „Kompetenznetz Depression“ stellt folgenden „Selbsttest Depression“ ins Internet:

Leiden Sie seit mehr als 2 Wochen unter	ja	nein
1 Gedrückter Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Interesselosigkeit und/oder Freudlosigkeit bei sonst angenehmen Ereignissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Schwunglosigkeit und/oder bleierner Müdigkeit und/oder innerer Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Fehlenden Selbstvertrauen und/oder fehlendem Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Verminderter Konzentrationsfähigkeit und/oder starker Grübelneigung und/oder Unsicherheit beim Treffen von Entscheidungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Starken Schuldgefühlen und/oder vermehrter Selbstkritik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Negativen Zukunftsperspektiven und/oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Hartnäckigen Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Vermindertem Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Tiefer Verzweiflung und/oder Todesgedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auswertung:

Wer Frage 1 und eine andere Frage mit „ja“ beantwortet, wird darauf hingewiesen, daß er an einer leichten Depression leidet und den Arzt konsultieren soll.

www.kompetenznetz-depression.de

Exkurs Ende

Das Kompetenznetz ist auf öffentliche Wirksamkeit aus. Seine aufbereiteten „Botschaften“ kann man in Tageszeitungen und Fernsehsendungen wiederfinden. Die Argumentation ist bekannt und wiederholt sich:

- Zunächst wird der Ernst der Erkrankung durch ihre angebliche Häufigkeit belegt: „In Deutschland leiden ca. 4 Millionen Menschen an einer depressiven Störung...“⁴²
- Die Problematik wird zugespitzt durch die Gefährlichkeit der Erkrankung, die sich in den Suizidzahlen widerspiegeln. „Bis zu 56% der Patienten mit depressiven Störungen begehen in ihrem Leben einen Suizidversuch. ... 15% aller depressiv Erkrankten nehmen sich im weiteren Verlauf das Leben.“⁴³

⁴² Kompetenznetz Depression, a.a.O.

⁴³ ebd.

- Drittes Argument der Bedeutsamkeit sind die Kosten der Erkrankung:
„Gesundheitspolitische Brisanz. Depressionen führen zunehmend zu Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsausfällen. Allein im Jahr 1993 wurden beispielsweise in Deutschland 11 Millionen Ausfalltage durch depressive Erkrankungen registriert. 1995 wurden 18629 Frühberentungen aufgrund depressiver Erkrankungen bewilligt.“⁴⁴
Die Öffentlichkeit soll daran gewöhnt werden, die Bedeutung einer Krankheit an ihrer ökonomischen Bewertung zu bemessen. Damit reiht man sich selbst als potentieller Patient in den wirtschaftlichen Effizienzzwang.
- Dann folgt die selbstbewußte Feststellung: „Diese Tatsache ist inakzeptabel, da über 80% aller Depressionen therapierbar wären.“⁴⁵ „Neunzig Prozent aller Depressionen sind gut behandelbar. Moderne Medikamente, so genannte selektive Wiederaufnahmehemmer, die die Nervenfunktionen wieder normalisieren, haben selten Nebenwirkungen und machen nicht abhängig.“⁴⁶ „Bei Patienten, die mehr als drei Depressionen hatten, kann allerdings eine lebenslange Behandlung mit Medikamenten notwendig sein.“⁴⁷ „Bei mittelschweren und schweren Depression ist eine Behandlung mit Antidepressiva dringend geboten. Im Gegensatz zu anderen Psychopharmaka besteht bei den Antidepressiva nicht die Gefahr, abhängig zu werden. Sie sind auch nicht, wie oft befürchtet, eine unspezifisch dämpfende ‚chemische Keule‘, sondern wirken gezielt gegen die Depression.“⁴⁸
Die Schwelle zur Einnahme von psychogenen Medikamenten sinkt. Gerade durch die Versicherung, daß diese Medikamente nicht abhängig machen, wird ein Langzeitgebrauch schmackhaft gemacht. Medikamente dienen als Ein/Ausschalter psychischer Kraft. Sie sollen es möglich machen, sich auf jede Situation einstellen zu lassen.
- Jedoch, sowohl Hausärzte als auch die Patienten selbst erkennen die Krankheit nicht. „Obwohl zwischen sieben und achtzehn Prozent der Deutschen gefährdet sind, mindestens einmal in ihrem Leben eine Depression zu haben, erkennen die Hausärzte im Durchschnitt nur jede zweite Depression und behandeln nur ein Drittel der Patienten richtig.“⁴⁹
Die Hausarzt-Schelte gehört eigentlich zu jeder populären Veröffentlichung über Depressionen. Aus diesem Grund werden Hausärzten „Behandlungsleitlinien“ aufgezwungen, die

44 Kompetenznetz Depression, a.a.O.

45 ebd.

46 „Ein enttäuschtes Grundbedürfnis nach Gemeinschaft“. Wiesbadener Tagblatt, 14.5.03. Diese Zahl ist tatsächlich aus der Luft gegriffen, bisher war man sich in Fachkreisen einig, daß rund 30% der Depressionen als „therapieresistent“ gelten.

47 „Leben statt gelebt zu werden“. Frankfurter Rundschau, 10.11.04 - Warum mehr als drei, in welchem Zeitraum, in welchem Alter?

48 Kompetenznetz Depression, a.a.O.

49 „Wenn das Ich sich verabschiedet“. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 8.1.2002

ihre „Bereitschaft“, Depression zu erkennen und zu diagnostizieren, erhöhen sollen. Hausärzte kennen ihre Patienten zum Teil über einen langen Zeitraum, wissen deren Sorgen und Befürchtungen möglicherweise aus der Lebensgeschichte oder bestimmten Lebensereignissen zu begründen. Behandlungsleitlinien, wie das Kompetenznetz sie vorschlägt, verlangen einen standardisierten verfahrenstechnischen Umgang mit den jeweils einzigartigen Schicksalen und damit eine „Gleichbehandlung“ auf der Suche nach der Depression. Es sollen sich eben keinesfalls Gespräche zwischen Arzt und Patient ergeben, sondern Interviews, die nach einer vorgegebenen Checkliste geführt werden.

- Auch die „richtig diagnostizierten“ Patienten werden laut „Kompetenznetz“ nicht ausreichend behandelt: „Medikation zu kurz, zu niedrig, individuell nicht angepaßt oder mit Substanzen ohne antidepressiven Wirksamkeitsnachweis“
- Körperliche Erkrankungen sind häufig nichts anderes als Depressionen. Das bezeichnen Experten mit der Bezeichnung „larvierte Depression“ oder „subsympptomatische“ Depression. Patienten, die nicht engagiert genug mit dem Arzt zusammenarbeiten („Compliance“), sind depressionsverdächtig. Eine Studie hat nämlich erwiesen, daß Depressive besonders ungern ihre Pillen nehmen.⁵⁰
- „Bei depressiven Patienten kommt es zu einer Unterfunktion des linken frontalen Hirnlappens.“⁵¹ „Es ist eine typische Depression. Es ist eine Veränderung des Nervenzustands, für die es eine Veranlagung gibt.“⁵²

Jedermann soll lernen, sich selbst als biochemisches Modell zu verstehen. Gefühle und Leiden sind Ergebnis von Stoffwechselprozessen. Das menschliche Dasein ist nicht zur Zukunft hin offen, sondern Ergebnis eines genetischen Programms, das in jedem steckt und früher oder später die „Störungen“ hervorruft, die dann behoben werden müssen.

- Man lernt, sich selbst und seiner seelischen Gesundheit gründlich zu mißtrauen.

⁵⁰ vgl. WHO-Report 2001, a.a.O., S. 9

⁵¹ Zitat aus der Fernsehsendung „Nano“, www.3sat.de/nano/bstuecke

⁵² Der Psychiater Florian Holsboer, Mitglied im „Kompetenznetz Depression“, zur Erkrankung des Fußballspielers Sebastian Deisler am 22.11.03 in der Frankfurter Rundschau („Deisler wegen Depressionen in psychiatrischer Obhut“)

Anwendungsgebiet Altenhilfe

Nicht nur Öffentlichkeitsarbeit in Form von Pressemitteilungen oder Presseveranstaltungen, sondern auch gezielte Fortbildung im Gesundheitsbereich hat sich das Kompetenznetz zur Aufgabe gemacht.

Das Depressionsnetz führte eine Pilotstudie⁵³ durch, die herausfinden sollte, welche Effektivität gezielte Fortbildungen von Altenpflegekräften zum Thema Depression haben könnte. An 17 Alten- und Pflegeheimen in Nürnberg wurde die vierstündige Fortbildung für die Mitarbeiterinnen durchgeführt. 291 Altenpflegekräfte nahmen teil. „Die Kernbotschaften der Fortbildung waren: Das Auftreten von Depression korreliert mit (neuro-)biologischen Veränderungen im Hirnstoffwechsel. Die Behandlung der Depression mit (neueren) Antidepressiva ist effektiv, sie haben wenig Nebenwirkungen, verändern nicht die Persönlichkeit und besitzen kein Suchtpotential. Suizid ist in den meisten Fällen Folge einer psychiatrischen Erkrankung.“

Während vor der Schulung die meisten Pflegekräfte der Meinung waren, veränderter Stoffwechsel im Gehirn spiele nur eine geringe Rolle (29,9 Prozent Ja-Stimmen), kreuzten nach der Schulung 51,9 Prozent der Teilnehmer diese Frage mit ‚ja‘ an. Während vorher 44,1 Prozent der Pflegekräfte davon ausgingen, daß Antidepressiva die Persönlichkeit verändern, waren nach der Schulung nur noch 11,2 Prozent dieser Auffassung. So kann die Studie zufrieden bemerken: „Besonders große Effekte erzielten die Schulungen im Bereich der Pharmakotherapie. Nach der Fortbildung und im Follow-up wurde die Pharmakobehandlung mit Antidepressiva als wesentlich geeigneter eingeschätzt.“ Die Bereitschaft des Pflegepersonals, niedergeschlagene Senioren mit Antidepressiva abzufüttern, ist nach der „Aufklärung“ durch das Kompetenznetz erheblich gesteigert worden. Bundesweit will das „Bündnis gegen Depression“ solche Schulungen regelmäßig anbieten. In Bayern wird dies bereits aus dem Etat des bayerischen Gesundheitsministeriums finanziert. „Ziel ist es, in 300 Alten- und Pflegeheimen den Altenpflegekräften hochwertige Fortbildungen zur Thematik ‚Depression und Suizidalität im Alter‘ anzubieten und die Effekte zu evaluieren.“⁵⁴

⁵³ Alle folgenden Angaben und Zitate aus: A. Ziervogel, U. Hegerl, „Kompetenznetz Depression, Suizidalität“, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Ludwig-Maximilians-Universität München. Altenpflegekräfte als Partner in der Depressions- und Suizidprävention. Wie effektiv sind Fortbildungen zum Thema Depression, Suizidalität im Alter? Ergebnisse einer Pilotstudie (internes Manuskript).

⁵⁴ Prof. U. Hegerl in einem Brief an die hessische Sozialministerin vom 20.10.2003. Das Kompetenznetz fragt in diesem Brief nach, ob auch in Hessen solche Schulungen finanziert werden können.

Depression als Selbsthilfeaufgabe

Menschen, die sich mit dem Thema beschäftigen wollen, wird per Internet geraten, sich einem Selbsttest zu unterziehen (siehe Exkurs) und sich in einem eigens eingerichteten Chatroom auszutauschen. So wird die Diagnose zu ihrer eigenen Angelegenheit gemacht. „Diese ‚Disease-Awareness-Kampagnen‘ sind nur ein kleiner Teil einer Litanei, die uns die Gesundheit ausreden will“, kommentiert der Sachbuchautor Jörg Blech diese Strategie.⁵⁵

Solche Art verordneter Selbstbeobachtung ist eine wirksame Methode, den diagnostischen Blick des ärztlichen Experten zum eigenen zu machen. Ist der erste Schritt erst einmal vollzogen und man hat sich qua Diagnose selbst zum Kranken erklärt, kann der zweite Schritt kaum noch ausbleiben: die Bedürftigkeit nach, wie auch immer gearteter, Therapie. „Der alte Traum der Experten, jede neue Stufe der eskalierenden Bedürfnisse fest in den breiten Volksschichten zu verankern, kommt jetzt unter dem Banner der Selbsthilfe daher.“⁵⁶ So kommentiert Ivan Illich Mitte der 1970er Jahre den gesellschaftlichen Trend, ein Bedürfnis nach Hilfe durch Experten elegant dadurch zu etablieren, daß fremde Interessen (der Therapeuten und Ärzte) zu eigenen erklärt werden. Sobald der Mensch sich selbst zum Patienten erklärt hat, ist das Machtgefälle zwischen dem Diagnostiker und dem Bewerteten nicht mehr erkennbar, sondern hat sich im Fall der Selbsthilfe, bzw. des sog. „informierten Patienten“ in den Behandelten selbst hineinverlagert. Die Freiheit vom Urteil des Arztes ist nur eine scheinbare. Denn nun ist der Betroffene Arzt und Patient in einer Person: beobachtet sich, bewertet sich, behandelt sich, legt sich selbst seinen Arzneiplan auf und achtet strikt auf dessen Einhaltung.

⁵⁵ Jörg Blech, a.a.O., S. 36

⁵⁶ Ivan Illich u.a.: Entmündigung durch Experten. Zur Kritik der Dienstleistungsberufe. Hamburg 1979, S. 33

Exkurs

„Patienten-Fragebogen PHQ-D entdeckt doppelt so viele Erkrankungen wie Arzt“

Unter dieser Überschrift berichtet die Healthnet Services im Internet stolz über Effektivität der Selbst-diagnose. Dr. Bernd Löwe von der Heidelberger Universitätsklinik wird zitiert: „Bis zu 35 % der Patienten, die den Arzt wegen körperlicher Beschwerden aufsuchen, haben psychische Störungen.“ Eine gewagte Ausdehnung potentieller Depressionspatienten, wie sie noch nicht einmal die großzügigen epidemiologischen Studien diagnostizierten. Ein Fragebogen, der mehr enthüllt, als ein „bloßes Gespräch“ und dazu noch im Auswertungsverfahren per Plastikschaablone unkompliziert, schnell und „gut verständlich“.

Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D**1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?** (nicht beeinträchtigt/wenig beeinträchtigt/stark beeinträchtigt)

- a. Bauchschmerzen
- b. Rückenschmerzen
- c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken
- d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation
- e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr
- f. Kopfschmerzen
- g. Schmerzen im Brustbereich
- h. Schwindel
- i. Ohnmachtsanfälle
- j. Herzklopfen oder Herzrasen
- k. Kurzatmigkeit
- l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden

2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? (überhaupt nicht/an einzelnen Tagen/an mehr als der Hälfte der Tage/beinahe jeden Tag)

- a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten
- b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit
- c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf
- d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben
- e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen
- f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl ein Versager zu sein, die Familie enttäuscht zu haben
- g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen
- h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?
- i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich ein Leid zufügen möchten

3.-12. Fragen zu Angstattacken, Alkoholmißbrauch und Eßstörungen**Auswertung:**

Der Fragebogen erlaubt eine sofortige Einraasterung ins psychiatrische Diagnoseschema. Frage 2 ist entscheidend für „depressive Syndrome“: Wer im Verlauf der letzten zwei Wochen „an mehr der Hälfte der Tage“ a. oder b. ankreuzt, hat eine leichte oder schwere Depression. Depressionsverdächtig ist, wer in Rubrik c. bis i. „an der Hälfte“ oder „beinahe jeden Tag“ ankreuzt.

Exkurs Ende

KAPITEL 9

PROBLEM SEELE GELÖST?

Psyche im Zeitalter der Hirnforschung

Die psychiatrische Wissenschaft ist heute wieder bei einer Erklärung von Seelenkrankheiten angelangt, die Kraepelin und andere vor über 100 Jahren formuliert haben. Depression und andere psychische Erkrankungen gelten als Folgen von Stoffwechselstörungen im Gehirn. Im Gegensatz zur Zeit Kraepelins scheint diese These heute kaum mehr bezweifelbar, sind doch die „bildgebenden“ Nachweisverfahren von Gehirnaktivitäten schlagende Beweise gegenüber Zweiflern. Die Annahme vom Gehirn als dem entscheidenden Organ des Menschen ist nicht nur medizinische Theoriebildung. Diese Theorie hat eine Geschichte, die eng mit den gesellschaftlichen Bedingtheiten verstrickt ist und wirkt auch ihrerseits wiederum auf die Gesellschaft zurück.

Wird den seelischen Störungen und damit der Depression auch deshalb so viel Bedeutung zugemessen, *weil* das Gehirn per Definition zum wichtigsten Teil des Menschen erklärt wurde? Welches Menschenbild wird durch die moderne Gehirn-Medizin hergestellt?

Das Gehirn als Leitorgan

Es ist wahrscheinlich die erste Herztransplantation im Jahr 1968, die am deutlichsten erkennen ließ, daß innerhalb der Medizin und damit auch innerhalb der Vorstellung dessen, was den Menschen ausmacht, eine Zäsur stattgefunden hatte. Christian Barnards operatives Experiment¹ erstaunte und erschreckte die Weltöffentlichkeit. Für Aufregung sorgte einerseits die Vermessenheit, das Herz – bisher doch immer noch irgendwie Sitz der Seele – wie einen beliebigen Fleischklumpen aus diesem Körper in den eines Anderen zu verpflanzen. Hier war eine Schwelle überschritten worden. Aber diese Herzverpflanzung hatte darüber hinaus weitreichende Folgen. Sie setzte die abendländische Todesdefinition außer Kraft. Ein Mensch konnte tot sein, obwohl sein Herz noch schlug und genau das war die Voraussetzung für die von Barnard durchgeführte

1. Medienteams aus aller Welt waren nach Kapstadt gereist und sandten begeisterte Erfolgsmeldungen in alle Welt. Der Patient Louis Washkansky, ein litauischer Gemüsehändler, starb 18 Tage nach der Operation.

„gelungene“ Herztransplantation. Von nun an gab es keinen Tod mehr, sondern die Unterscheidung von Hirntod und Herztod. Das Gehirn ist das oberste Organ in der Hierarchie des Körpers. Das Herz ist lediglich noch ein Organ, das ersetzt werden kann.

Tatsächlich hatte die Debatte um den Hirntod schon früher begonnen. Seit dem 19. Jahrhundert hatten die Ärzte das Monopol über die Todesfeststellung. Jedermann vertraute Todeszeichen waren einsetzende Leichenstarre, Leichenflecken und Verwesung. Jedoch Techniken der Wiederbelebung (Herzmassage, Beatmung), die im 19. Jahrhundert aufkamen, brachten erste Unsicherheiten über die Unverbrüchlichkeit der Grenze zwischen Leben und Tod. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kam es unter der Bevölkerung zu panikartigen Sorgen, lebendig begraben zu werden. Glöckchen an den Särgen zum Beispiel sollten eine Möglichkeit sein, diesem Schicksal zu entgehen. Dies war ein Grund dafür, daß es zur gesetzlichen Pflicht wurde, vom *Arzt* einen Totenschein ausstellen zu lassen. Damit sollte die „Sicherheit“ des Todes attestiert werden.

In den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts kommt es aufgrund der Technik der Beatmungsmaschine erneut zum Wanken der Schwelle zwischen Leben und Tod. „Durch die Intensivmedizin und die Reanimationsforschung wird die Unsicherheit hinsichtlich der Todesfeststellung auf die Spitze getrieben.“² So muß Papst Pius XII. bereits 1957 anlässlich eines Anästhesistenkongresses beantworten, wie aus Sicht der katholischen Kirche mit Patienten umgegangen werden soll, die künstlich beatmet werden. Unter welchen Umständen soll die Maschine ausgeschaltet werden? Wann ist ein Mensch für tot zu erklären? 1960 erklären französische Ärzte, daß ein Ende der Intensivbehandlung bei Ausfall des Zentralnervensystems erreicht ist. Der „zerebrale Tod“ bei schlagendem Herzen ist damit medizinisch definiert.

Der Beginn der Transplantationsmedizin 1963 (erste Nierentransplantation in Belgien) spitzt die Sache zu. Denn der Tote muß möglichst lebendig bleiben, um zeitnah gut durchblutete Organe verpflanzen zu können. Andererseits muß auch vermieden werden, daß der Eindruck entsteht, der Tote sei lebendig, um strafrechtliche Verfolgung auszuschließen.³ „Bislang ging es in der Todesfeststellungspraxis der Ärzte darum zu verhindern, daß möglicherweise noch Lebende als tot eingestuft werden. Da die Transplantationsmedizin ein Interesse an möglichst frischen Organen hat, kommt der neuen Todesfeststellung auch die Aufgabe zu, zu verhindern, daß möglicherweise Tote als lebendig eingestuft werden.“⁴ Ging es im Anfang der Diskussion um den Zeitpunkt, wann die Beatmung bei hoffnungslosem Zustand des Patienten abgestellt werden kann, geht es nun darum, den Tod des Patienten zu erklären, obwohl er weiter beatmet wird.⁵

² Gesa Lindemann: *Beunruhigende Sicherheiten. Zur Genese des Hirntodkonzepts*. Konstanz 2003, S. 54

³ Im französischen Rechtssystem ist noch 1966 eine Operation verboten, die nicht zugunsten des Operierten ausgeführt wird. Vgl. ebd., S. 98

⁴ ebd., S. 90

⁵ Anna Bergmann beschreibt die Durchsetzung der Hirntoddefinition, die gegen zahlreiche Widerstände vor allem von Wilhelm Tönnis betrieben wurde. „In seiner Funktion als beratender Neurochirurg beim Chef des

Die Erklärung des Hirntods ist der Ausweg aus diesem Dilemma. Das Auseinanderdividieren des Todes in Herztod und Hirntod bricht mit der jahrtausende alten Vorstellung des reglosen Todes. Das Gehirn wird technisch als übergeordnetes Organ definiert, weil es nach dem Zusammenbruch der Durchblutung nicht „regenerierbar“ ist. So wie der in Funktionsweisen zergliederte Patient der Intensivstation (EEG, Reflexvermögen, Sauerstoffsättigung, Puls etc.), so entsteht auch die abstrakte Vorstellung, des Menschen Lebensfähigkeit hänge von Herz *oder* Hirn ab. Auf der Intensivstation kann sich der Herztod technisch kaum noch ereignen. Der nur durch entsprechende Apparatur meßbare Ausfall des Gehirns wird zum entscheidenden Todeskriterium. Durch die medial zelebrierte Herzverpflanzung in Kapstadt wird diese Entwicklung innerhalb der Medizin einer breiten Öffentlichkeit bewußt.

Das Leben des Menschen wird an seine intakte Gehirnfunktion gebunden, das ist die Konsequenz der Hirntoddebatte. „Zeigt eine entsprechende Messung ein nicht normgerechtes Verhalten, wäre dem entsprechenden Individuum eine aktuelle Persönlichkeit abzusprechen. Besteht damit nicht die Gefahr, daß es dann wie eine Sache, ein nur mehr schützenswertes Gut behandelt würde?“⁶ Wenn das Mensch-sein von der Funktionalität des Gehirns abhängig gemacht wird, ist es auch naheliegend, daß Krankheiten, die im Gehirn verortet werden, eine besondere gesellschaftliche Bedeutung zukommt. Wenn „Person“ oder „Ich“ sich im Gehirn materialisieren, bedroht eine Erkrankung dieses Organs den sozialen Status eines Menschen in bisher nicht gekanntem Ausmaß. Die aktuelle Diskussion um Behandlungsabbruch bei Komapatienten oder dementen Menschen weist darauf hin.

Auch die Tatsache, daß psychische Erkrankungen in der Öffentlichkeit inzwischen eine hohe Aufmerksamkeit besitzen, weist auf Ängste und Befürchtungen vor einer Beschädigung dieses „wichtigsten“ Organs.

Das kybernetische Gehirn

Für das Gehirn interessiert sich nach dem Ende des zweiten Weltkriegs auch die neue Wissenschaft der Kybernetik. Die mathematisch-logische Weltdeutung der Kybernetik beginnt mit den Schriften Alan Turings in den 1930er Jahren. Die von ihm gedachte Universalrechenmaschine sollte dazu geeignet sein, sämtliche formalisierbaren Operationen berechenbar zu

Sanitätswesens der Luftwaffe war seine Forschung in die medizinischen Verbrechen im Nationalsozialismus eingebettet.“ (Anna Bergmann: Der entseelte Patient. Die moderne Medizin und der Tod. Berlin 2004, S. 281) In den 1960er Jahren leitete er die Abteilung für Tumorforschung und experimentelle Pathologie des Max-Planck-Instituts für Hirnforschung. Er entschied, daß in der Hirntoddefinition Funktionen des Rückenmarks unberücksichtigt blieben, d.h. Reflexe und Bewegungen Hirntoter für die Beurteilung des Todes keine Rolle spielen dürfen. So kommt es zu gespenstischen Szenen während der Organentnahme an „Hirntoten“, weil diese aufgrund von Hautrötungen und Muskelzuckungen während der „Explantation“ Schmerzmittel verabreicht bekommen. (vgl. ebd., S. 284)

⁶ Olaf Breidbach: Die Materialisierung des Ichs. Zur Geschichte der Hirnforschung im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt 1997, S. 416

machen. So könnte diese Maschine auch das Denken des Menschen ersetzen, indem sie ihm komplexes Rechnen abnimmt. Turings Ideen wurden vom amerikanischen Mathematiker Norbert Wiener aufgegriffen. Wiener hatte für das amerikanische Militär bereits 1941 ein Gerät entwickelt, das die Flugabwehr automatisierte, indem es die Bahnen feindlicher Flugkörper vorausberechnete. 1946 schlug derselbe Wiener die regelmäßige Durchführung von fachübergreifenden Konferenzen vor, um interdisziplinär den neuen Denkstil der Kybernetik⁷ zu etablieren. Gestiftet von der Macy-Stiftung⁸ sollten die Konferenzen unter diesem Namen bis 1953 insgesamt zehnmal stattfinden.

Das Ziel der Macy-Konferenzen war es explizit, Parallelen zwischen mathematisch-funktionalen, maschinentechnischen Abläufen und dem Menschen zu bilden. Sie suchten nach einer universalen Theorie der Regulation, Steuerung und Kontrolle für Lebewesen wie für Maschinen, für ökonomische wie für psychische Prozesse, für soziologische wie für ästhetische Probleme.⁹ Biologische und medizinische Fragen standen bei den Macy-Konferenzen von Anfang im Mittelpunkt des Interesses. Das belegt allein der Kreis der Mitglieder¹⁰, die sich zum großen Teil aus den Forschungszentren der amerikanischen Armee (unter anderem dem Manhattan-Projekt) kannten.

Die nachrichtentechnische Sprache der binären Schaltalgebra - an oder aus, Strom oder kein Strom - wurde erstmals von den Macy-Teilnehmern McCulloch und Pitts auf die menschliche Nerventätigkeit übertragen. Nerven reagieren oder reagieren nicht, je nach Intensität der Reizweiterleitung, so die Annahme der beiden Neurowissenschaftler. Folglich waren die Nerventätigkeiten in binärer Algebra beschreibbar und damit berechenbar. „Wiener zog nun eine Verbindung zu einem technischen Bauteil, welches im Computer und in der Nachrichtentechnik Verwendung fand, dem Relais. Damit war für die Funktion der binär strukturierten Nachrichtenübermittlung im Nervensystem ein technisches Äquivalent gefunden.“ Der Schaltkreis und sein Rückkoppelungsmechanismus, der die von Wiener und anderen konstruierten Maschinen erst

⁷ Kybernetik ist ein Begriff, den Norbert Wiener „erfand“. Er wollte eine Bezeichnung für Regelung und Steuerung finden, das griechische Wort für Steuermann, *kybernetes*, schien ihm geeignet. Der deutsche Physiker Heinz v. Foerster, ebenfalls Teilnehmer an den Macy-Konferenzen gab den Tagungsprotokollen die offizielle Bezeichnung „Cybernetics“ und etablierte den Begriff damit als Bezeichnung für „Kreislauf- und Feedback-Mechanismen in biologischen und sozialen Systemen“ (Untertitel)

⁸ Die Macys waren Eigentümer der New Yorker Macy-Kaufhäuser. Aufgrund der neurologischen Erkrankung ihrer Tochter wollten sie eine zukunftsweisende Konferenz sponsern, die Heilungsmöglichkeiten auf dem Gebiet der Neurologie eröffnen könnte.

⁹ vgl. Claus Pias: Die Macy-Konferenzen 1946-1953. Berlin 2003.

¹⁰ Neben Norbert Wiener u.a.: John von Neumann (Computertechnik, Quantenmechanik), Walter Pitts (Forschung auf dem Gebiet der kognitiven Psychologie), Warren Mc Culloch (Neurophysiologie), Lawrence Kubie (kybernetisch orientierte Psychoanalyse), Margaret Mead (Psychologie und Anthropologie), Heinrich Klüver (Verhaltensforscher, Begründer der Gestalttheorie), Gregory Bateson (Anthropologe, Begründer der systemischen Familientherapie), Claude Shannon (Ingenieur, Begründer der Informationstheorie), Stafford Beer (kybernetische Managementtheorie), Heinz von Foerster (Physiker)

funktionsfähig machte, sollte auch für das „Funktionieren“ des Menschen bestimmend sein. Eine Grenze zwischen Mensch und Apparat existiert nicht. „Die epochale wissenshistorische Wende der Kybernetik gründete sich schlicht darauf, für all diese Phänomenzusammenhänge – sei es das Leben, die Ökonomie, den Geist, die Sprache, das Lernen, das Wünschen – nicht mehr den Menschen heranzuziehen, sondern all dies noch einmal in Begriffen informatischer Schalt- und Regelkreise zu denken.“¹¹ Für die Kybernetik, die sich im Verlauf der Jahre in verschiedene Zweige wie Systemtheorie, Informatik, Künstliche Intelligenz oder Systemtherapie aufgliederte, stellt es kein Problem dar, die verschiedensten Erscheinungen der Welt im immer gleichen Regelkreislauf zu beschreiben.

Insbesondere im Gehirn und dem Nervensystem sahen die Kybernetiker direkte Verbindungen zur neuen Technik des Computers. V. Neumann, der an der Entwicklung des ersten elektronischen Digitalcomputers für komplexe Berechnungen im Rahmen der Atombombenentwicklung mitgearbeitet hatte, veröffentlichte 1958 „Computer and the Brain“. Das Gehirn stellt den Prozessor dar, die Neuronen sieht er als Vakuumröhrchen und Transistoren an. „Die Gleichsetzung der Neuronentätigkeit im Gehirn mit den elektronischen Bauelementen analoger und v.a. digitaler Rechner erwies sich als ein Grundmodell der kybernetischen Psychologie und Physiologie.“¹² Der sich selbst kontrollierende Regelkreislauf des Menschen wird im „System der hormonellen Steuerung“ gefunden, das für die Entwicklung neurologischer Medikamente eine entscheidende Rolle spielte.

Die von den Kybernetikern angestoßene Entwicklung „universaler Rechenmaschinen“ sollte zur Schlüsseltechnologie avancieren, das „Informationszeitalter“ einleiten. Das Gehirn als „ebenbürtiges“ Organ¹³ dieser Zukunftstechnik muß in solcher Vorstellung auch das „edelste“ Organ des Menschen sein. Kein anderer Teil des Menschen war den Kybernetikern von ähnlichem Interesse.

11 Claus Pias: Die kybernetische Illusion. In: C. Liebrand/J. Schneider (Hg): Medien in Medien. Köln 2002, S. 43

12 Jörg Bluma, a.a.O., S. 152

13 Man müßte wohl eher sagen „annähernd ebenbürtig“. Günther Anders beschreibt den ersten Einsatz eines „Electric Brain“ als Ersatz für menschliche Verantwortung im Korea-Konflikt. Nicht General McArthur sollte über einen Militäreinsatz entscheiden, sondern eine „objektive“ Maschine. „Daß das ‚brain‘ nach einigen Sekunden elektrischen Tiefsinns oder elektrischer Verdauung eine Antwort ausschied, die zufällig humaner ausfiel als die von dem Menschen McArthur in Vorschlag gebrachte Vorentscheidung; daß es schallend ‚Verlustgeschäft‘ rief, ja den eventuellen Krieg als für die amerikanische Wirtschaft katastrophal hinstellte, war zwar gewiß ein großes Glück ... Aber der Vorgang als solcher stellte doch zugleich die epochalste Niederlage dar, die die Menschheit sich jemals zugefügt hat: Denn nie zuvor hat sie sich eben so tief erniedrigt, den Richterspruch über ihre Geschichte, vielleicht über ihr Sein oder Nichtsein, einem Dinge anzuvertrauen.“ (Günther Anders: Die Antiquiertheit des Menschen. Band I. Die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution. München 1992, S. 62)

In Bezug auf die biologisch-medizinische Interpretation des Körpers markiert der Denkstil der Kybernetik einen gründlichen Paradigmenwechsel. Behauptete Descartes noch, der Mensch funktioniere *wie* ein Uhrwerk, so heißt es in der Kybernetik: Der Mensch *ist* ein Computer. Norbert Wiener schreibt 1948 bereits, „Sinnesorgane seien informationsverarbeitende Systeme, die einen Organismus mit seiner Umwelt verbinden. Sie nehmen Informationen auf, die mit Hilfe des Nervensystems weitergeleitet und verarbeitet werden.“¹⁴ Und für McCulloch waren Synapsen des Gehirns „schlicht Schalteinheiten, in denen sich die Grundgesetze der Logik verkörpern und in denen logische Notationen zur Aufführung in der Zeit kommen.“ Die Medizin hört auf, den Menschen als Analogie zu bestehenden technischen Artefakten zu beschreiben.

Analogiebildung heißt, Ähnlichkeiten zu veranschaulichen. Nerven kann man sich vorstellen wie Telegrafverbindungen. Das Herz arbeitet wie eine Pumpe. Die Differenz der verglichenen Paare (Nerv-Telegraf, Herz-Pumpe) bleibt erhalten und erhellt das, worauf es einem in der Analogiebildung ankommt (Weiterleitung, Bewegung durch Druck). Die kybernetische Idee geht aber gerade vom Gegenteil aus. Weil alles dem Gesetz der selbstregulativen Steuerung gehorcht, funktioniert alles nach dem gleichen Prinzip. Der Körper des Menschen ist eine kybernetische Maschine, wie auch die Struktur einer Gesellschaft oder ein Bügeleisen. Ist der Soll-wert erreicht, wird das System neu reguliert. Die Sichtweisen der Kybernetik sind heute schon so selbstverständlich in sämtliche Lebensbereiche eingesickert, daß es schwierig zu werden beginnt, dieses Denken als eine konstruierte Weltsicht zu beargwöhnen.¹⁵ In der Medizin ist der kybernetische Einfluß zuerst im Bereich der Neurowissenschaften zu finden. Hier ist das Gebiet, auf dem man sich praktische Regelungs- und Steuerungsmöglichkeiten verspricht.

Die kybernetische Psyche

Noch bis in die 1940er Jahre galt die Überzeugung, daß Elektrizität das Gehirn funktionieren ließ. Aufgrund dieser Annahme wurden die Elektroschocks als Maßnahmen gegen Schizophrenie und Depressionen eingesetzt (siehe Kapitel 4).

Man ging davon aus, daß auch die Kommunikation zweier Nervenzellen durch das Überspringen elektrischer Reize vonstatten gehe. Otto Loewi hatte 1936 den Nobelpreis für Medizin erhalten, weil er eine chemische Übertragung der Nervenimpulse nachwies. Daran anknüpfend war es die Biochemie, die nach dem zweiten Weltkrieg das neurologische Theoriekonzept vorgab. Man konnte Hormone nachweisen, fand Enzyme und deren Veränderungen. Das Hormon

¹⁴ Jörg Bluma, a.a.O., S. 148

¹⁵ Einige erhellende Ausführungen über die experimentelle Methode zum Beweis von Regelkreisen und die in ihnen enthaltene Manipulation finden sich in Jörg Blumas Buch (s. o.). Claus Pias hat sich mit der Macy-Konferenz beschäftigt und mit ihren Konsequenzen, wie z. B. dem Versuch Stafford Beers, Chile während der 1970er Jahre in einen kybernetischen Staat zu verwandeln.

Serotonin wurde 1953 im Gehirn nachgewiesen. Im gleichen Jahr bereits definierte bereits A. E. Bennett den Begriff „biologische Psychiatrie“: „Biologische Psychiatrie ist die Lehre vom Verhältnis lebendiger Prozesse (tierischer und pflanzlicher) und psychischer Erkrankung ... Anatomie, Physiologie und Pathologie des menschlichen Körpers, beeinflusst durch Vererbung und Umweltfaktoren, bilden die einzig logische Basis der Erklärung menschlichen Verhaltens.“ (Übersetzung C. J.)¹⁶ Erstmals in einem Artikel, der 1955 in „Science“ erschien, wurde eine gedankliche und experimentelle Verbindung zwischen der Neurochemie und menschlichem Tun gezogen.

Erste „Bildgebungen“ des Gehirns überzeugten 1962 auch Skeptiker. Von den Fluoreszenzdarstellungen des Gehirns, durch das sich Stränge zogen, die je nach Stoffwechsellaage unterschiedlich aussahen konnten, waren die Ärzte beeindruckt. „It was probably the visual evidence that Hillarp supplied, pictures of brains with fluorescent pathways streaked through them, that challenged the unbelievers and finally established the reality of chemical neurotransmission.“¹⁷ Was sichtbar gemacht wurde, mußte auch wirklich sein.

Mit der Entwicklung der Kernspintomographie sind bildliche Darstellungen des Gehirns zur Routine geworden. Probanden werden in Testräumen Bilder vorgeführt und die Reaktion der Versuchspersonen unter Kernspin abgebildet. Auf diese Weise suchen Hirnforscher, einzelnen Regionen des Gehirns bestimmten Gedanken zuzuordnen. Jedoch: „In der Tat vermitteln längst nicht alle bunten Hirnbilder wirklich neue Einsichten. Im Gegenteil, häufig gaukeln die farbenfrohen Computerbilder eine Eindeutigkeit vor, die nicht der Realität entspricht. Bei der Kernspintomographie werden nämlich nicht neuronale Prozesse gemessen, sondern nur der Blutfluß im Gehirn. Und Aktionismus ist - ähnlich wie in der Politik - selten gleichzusetzen mit effektiver Denkarbeit. Zudem müssen die gesuchten Reize mit Hilfe der Statistik mühsam aus dem Rauschen des Gesamthirns herausgefiltert und in blaue, gelbe und rote Falschfarben umgesetzt werden. Das Kernspingemälde ist nur eine idealisierte Konstruktion, die mit den tatsächlichen Hirnprozessen wenig zu tun hat.“¹⁸

Moderne Hirnforschung

Die Hirnforschung wird zu einem rasant anwachsenden Forschungsgebiet innerhalb der Medizin. Im Juli 1990 wurde von George Bush sen. vor dem amerikanischen Kongreß die „Dekade des Gehirns“ ausgerufen mit der Aufforderung an die Verantwortlichen in Forschung und Industrie,

¹⁶ „Biological psychiatry can be defined as the science of life in the relationship of living processes, both animal and vegetable, to mental illness ... Anatomy, physiology, and pathology of the human body, influenced by hereditary and environmental factors, provide the only logical basis for explaining human behavior.“ Zit. nach Mathias M. Weber, a.a.O., S. 151.

¹⁷ David Healy, a.a.O., S. 151

¹⁸ Ulrich Schnabel: Der Markt der Neuronen. Hirnforscher werden zu Werbefachleuten. Sie wollen enthüllen, was Käufer zum Konsum antreibt. Die Zeit, 13.11.2003

Programme und Aktivitäten auf dem Gebiet der Hirnforschung zu forcieren. „Zu diesem Zweck haben in diesem Zeitraum staatliche und nicht-staatliche Forschungsorganisationen einen beträchtlichen Prozentsatz ihrer Budgets speziell für neurowissenschaftliche Forschungsprogramme zur Verfügung gestellt.“¹⁹ 800 Millionen Dollar wurden in den USA während dieser zehn Jahre in die Neurowissenschaften gepumpt. Krankheiten wie Parkinson, Multiple Sklerose oder Alzheimer sind seitdem populär gemacht worden. Es wurde von einem „neuen Verständnis“ psychischer Erkrankungen gesprochen. „Das neue Jahrhundert ist das Jahrhundert der Biowissenschaften, der Wissenschaft vom Leben“²⁰, schreibt das Bundesministerium für Bildung und Forschung. Neben der Förderung der Genforschung gilt die Unterstützung der Neurowissenschaften als „innovativstes Forschungsgebiet der Gegenwart“.²¹ Die Deutsche Forschungsgesellschaft (DFG) gibt in ihrem Bericht 1999 Auskunft über ihre Förderung: Von 2,025 Milliarden DM Gesamtförderung entfielen bereits damals 725,7 Millionen DM auf das Gebiet der Biowissenschaften, ein Anteil von 35 Prozent. 50 Prozent dieser Summe wurde an Forschungen in der Medizin vergeben. Die Volkswagen-Stiftung, Fritz-Thyssen-Stiftung, Hermann und Lilly Schilling-Stiftung, sowie die Max-Planck-Gesellschaft steuern weitere Millionen für biomedizinische Projekte bei. Die Hirnforschung kann davon in besonderer Weise profitieren. Die Universität Trier gründete im November 2000 ein Zentrum für neuropsychologische Forschung, für das eine private Stiftung 20 Millionen DM zur Verfügung stellte. DFG und Volkswagenstiftung investierten 2002, um in Bochum das „Institut für kognitive Neurowissenschaft“ ins Leben zu rufen. Das Hertie-Institut für klinische Hirnforschung finanziert in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Tübingen die Einrichtung von zwei neuen Forschungsabteilungen (8 Professorenstellen, 20 Mitarbeiter - 22 Millionen Euro, 2004 fertiggestellt). Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert die Hirnforschung mit 34 Millionen Euro in den sogenannten „Bernstein-Zentren“ Berlin, Göttingen, Freiburg und München. In Ulm wird 2004 das „Transferzentrum für Neurologie und Lernen“ eröffnet. Der Direktor des Max-Planck-Instituts für Hirnforschung Wolf Singer gründet in Frankfurt mit Unterstützung von Altana, Boehringer, Siemens und der Hertie-Stiftung im März 2005 das „Frankfurt Institute for Advanced Studies“, um gezielt Elitenachwuchs zu fördern.

¹⁹ Siegfried Gauggel: Editorial: Von der Dekade des Gehirns zur Dekade des Verhaltens. www.gnp.de/informationmaterial/decade-of-behavior.html

²⁰ Bundesministerium für Forschung und Bildung: Lebenswissenschaften. www.bmbf.de/de/1237.php

²¹ Ulrike Riedel, Bundesministerium für Gesundheit, Leiterin der Abteilung Gesundheitsvorsorge, Krankheitsbekämpfung auf einem Vortrag im Deutschen Hygiene-Museum Dresden im Jahr 2000. www.dhmd.de/forum-wissenschaft/fachtagung03/riedel_a.htm

Hirnforscher auf Werbefeldzug

Eifrig bemühten sich die deutschen Hirnforscher, gemäß amerikanischem Vorbild, im Jahr 2000 auch hierzulande ein „Jahrzehnt des menschlichen Gehirns“ auszurufen.²² Die Resonanz blieb jedoch eher enttäuschend. Der Plan, unter der Schirmherrschaft von Bundeswirtschaftsminister Clement eine Stiftung „Menschliches Gehirn“ zu gründen, scheiterte. Eine Internet-Adresse mit Spendenaufruf²³ ist übrig geblieben. Mit allen Mitteln der Werbekunst wird dort das „Produkt“ Hirnforschung vermarktet. „Im Jahr 2000 entstanden bereits 50% aller Gesundheitskosten in Deutschland durch hirnbetogene Erkrankungen = ca. 100 Mrd. Euro“²⁴, heißt es auf der Power-Point-Präsentation der Stiftungsinitiative, die die Spendenfreudigkeit fördern soll. „Im Laufe des Lebens erleidet jeder 4. eine hirnbetogene Erkrankung. Weltweit leiden 450 Millionen Menschen an neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen“, darunter Depressionen mit 4 Mio. Betroffenen allein in Deutschland. Es folgt der Hinweis auf die Pflegestatistik in Deutschland, um die Explosion der Kosten zu skandalisieren. „Die Zahl der Demenzerkrankten wird sich bis 2050 von ca. 1 Mio. auf über 2 Millionen mehr als verdoppeln.“ Schlagendes Argument: „Kosteneinsparung an Demenzerkrankten bei ‚Verjüngung‘ des Gehirns um 5 Jahre“: 40 Milliarden Euro.

Den Entschluß, mehr private Geldgeber, großzügigere Stifter oder Sponsoren zu finden, haben die Hirnforscher nicht aufgegeben. „Die Initiative ist sich der derzeitigen Knappheit öffentlicher Mittel bewußt und zielt daher vor allem auf privates Wissenschaftssponsoring, das bisher in Deutschland leider noch kaum bekannt ist.“ Sie werben mit den zahlreichen Anwendungsmöglichkeiten ihrer Forschungen. „Von der Hirnforschung sind darüber hinaus entscheidende Impulse für die Informationstechnologie sowie die hirngerechte Gestaltung von Produkten zu erwarten.“ Ziel der Initiative: „Abbau aller Hindernisse einer effizienten weiteren Entwicklung der Hirnforschung in Deutschland.“

Der Magdeburger Professor Hans-Jochen Heinze bietet die Dienste der Hirnforschung der Werbeindustrie an. „Mit der Möglichkeit, die aktiven Regionen des Hirns auf einem Monitor sichtbar zu machen, habe man in den Gefühls- und Gedächtniszentren der Schläfenlappen beim Betrachten einer erfolgreichen Werbung eine zusätzliche Aktivierung festgestellt. ‚Es ist durchaus vorstellbar‘ so Heinze, ‚diese Methode in Zukunft auch gezielt in der angewandten Werbefor-

22 Initiatoren: Prof. Elger, Direktor der Klinik für Epileptologie Bonn / Prof. Treusch, Direktor des Forschungszentrums Jülich / Prof. Heinze, Direktor der Klinik für Neurologie, Magdeburg / Prof. Scheich, Direktor des Leibniz-Instituts für Neurobiologie, Magdeburg / Prof. Sakmann, Max-Planck-Institut für medizinische Forschung, Heidelberg / Prof. Roth, Professor für Biologie Universität Bremen / Prof. Einhäupl, Direktor der Klinik für Neurologie, Charité Berlin / Prof. Ludolph, Direktor der Klinik für Neurologie, Ulm.

23 Stiftung „Menschliches Gehirn“: www.menschliches-gehirn.de

24 Alle weiteren Zitate aus dem Internet-Aufruf der Initiative.

schung einzusetzen‘.²⁵ Heinze weiter: Man könnte auch das Cockpit eines Formel-Eins-Wagens von Hirnforschern gestalten lassen, um die entscheidenden Sekundenvorteile zu liefern. Weitere Einsatzmöglichkeiten sind in Arbeit. In den USA wird an Gehirnschans gearbeitet, die als Systeme zum „Erkennen der bösen Absicht von Terroristen“ an Kontrollstellen von Flughäfen installiert werden sollen. Die Entwicklung eines „Gehirn-Fingerabdrucks“ soll die perfektere Wiederaufrechterhaltung des Lügendetektors ermöglichen.²⁶

Hirnforschung bestimmt Wertediskussion

Hirnforscher wie Gerhard Roth, Wolf Singer oder der Psychiatrieprofessor Manfred Spitzer mischen sich ganz selbstbewußt in gesellschaftliche Fragen, indem sie die Ergebnisse ihrer „Messungen“ der Prozesse innerhalb verschiedener Gehirnregionen unverblümt als menschliche und gesellschaftliche Wirklichkeit interpretieren. So deuten sie die Tatsache, daß im „limbischen System“ 500 Millisekunden vor dem Willensentschluß bereits ein „Bereitschaftspotential“ nachweisbar sei, als Beweis, daß der Mensch sich seine Willensfreiheit nur einbilde. Schließlich habe das limbische System bereits vorher entschieden, sodaß die Willensfreiheit nur scheinbar sei.²⁷ Der Geist folgt ausschließlich den Gesetzen der streng biologischen Körperlichkeit. Lernen bedeute Motivation (nicht unbedingt neu), *weil* das Kind dadurch in emotionalen Aufruhr versetzt werde, der wiederum das „limbische System“ im Gehirn affiziere. Ohne eine Reizung des „limbischen Systems“ kein Lernen.²⁸

Nachdem die Initiative zur Gründung einer Stiftung „Menschliches Gehirn“ nicht zum Erfolg geführt hat, sind elf Neurowissenschaftler im Jahr 2004 mit einem „Manifest über Gegenwart und Zukunft der Hirnforschung“ an die Öffentlichkeit getreten²⁹, in dem sie zunächst beschwichtigen: „Auch wenn das Gehirn deterministisch funktioniert, ist es in seiner Komplexität niemals vollständig beschreib- und verstehbar.“ „Deterministisch funktioniert“ soll heißen:

25 Kölner Stadtanzeiger: Hirnforscher sehen, wie die Werbung auf Menschen wirkt. 6.10.2001

26 Florian Rötzer: Gehirnschans mit dem fMRI (funktionelle Kernspintomographie) zur Terroristenerkennung. www.telepolis.de/r4/artikel/13/13113/1.html

27 vgl. Freer Huiskens: Zur Kritik Bremer Hirnforschung. S. 5, www.fhuiskens.de/roth.htm

28 ebd., S. 7

29 Veröffentlicht in: Gehirn und Geist 6/2004. Verfasser sind: Prof. Dr. Hannah Monyer, Ärztliche Direktorin der Abteilung für Klinische Neurobiologie, Universität Heidelberg / Prof. Dr. Frank Rösler, Abteilung Psychologie, Phillips-Universität Marburg / Prof. Dr. Dr. Gerhard Roth, Direktor am Institut für Hirnforschung der Universität Bremen / Prof. Dr. Henning Scheich, Direktor am Leibniz-Institut für Neurobiologie, Magdeburg / Prof. Dr. Wolf Singer, Direktor am Max-Planck-Institut für Hirnforschung, Abteilung Neurophysiologie, Frankfurt a. M. / Prof. Dr. Christian Elger, Direktor der Klinik für Epileptologie, Uni Bonn / Prof. Dr. Angela Friederici, Abteilung Neuropsychologie, Direktorin am Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaft, Leipzig / Prof. Dr. Christof Koch, California Institute of Technology (Caltech), Computation an Neural Systems, Pasadena / Prof. Dr. Heiko Luhmann, Institut für Physiologie und Pathophysiologie, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz / Prof. Dr. Christoph von der Malsburg, Institut für Neuroinformatik, Ruhr-Universität Bochum, sowie Computational Vision Lab der University of Southern California, Los Angeles / Prof. Dr. Randolph Menzel, Abteilung Neurobiologie, Freie Universität Berlin

wir tun, was unser Gehirn befiehlt. Daraus meinen die Hirnforscher logisch folgern zu können: „Dies schließt natürlich nicht aus, daß sich Verhaltenstendenzen überzufällig richtig vorher-sagen lassen.“ Eine erste Anwendung: „Die molekularen und zellulären Faktoren, die der Lern-plastizität zu Grunde liegen, verstehen wir mittlerweile so gut, dass wir beurteilen können, welche Lernkonzepte - etwa für die Schule - am besten an die Funktionsweise des Gehirns an-gepasst sind.“ Es sollen sich also die Schulkonzepte in Zukunft nicht an den Kindern, sondern an den optimalen Bedingungen für die Funktionsweise von Gehirnen orientieren. „Geist und Bewußtsein - wie einzigartig sie von uns auch empfunden werden - fügen sich also in das Natur-geschehen ein und übersteigen es nicht.“ Der Mensch übersteigt sich nicht. Zu Besonderem und Außergewöhnlichem ist nur fähig, wessen Gehirnfunktion außerordentlich gut entwickelt ist. Geistige, letztlich auch wirtschaftliche und soziale Eliten haben ihren Ursprung und ihre Recht-fertigung in der Biologie der Gehirnfunktion.

Die Hirnforschung, so das Manifest, werde in den kommenden 20 bis 30 Jahren Zusammen-hänge zwischen Hirnchemie und Verhalten so weit geklärt haben, daß Voraussagen mit einem „hohen Wahrscheinlichkeitsgrad“ möglich sind. „Dies bedeutet, man wird widerspruchsfrei Geist, Bewusstsein, Gefühle, Willensakte und Handlungsfreiheit als natürliche Vorgänge ansehen, denn sie beruhen auf biologischen Prozessen.“ Wenn dies erst *widerspruchsfrei* akzeptiert ist, dann wird auch die Beherrschbarkeit dieser Prozesse in Aussicht gestellt. „Ebenso werden uns die zu erwartenden weiteren Fortschritte in der Hirnforschung vermehrt in die Lage versetzen, psychische Auffälligkeiten und Fehlentwicklungen, aber auch Verhaltensdispositionen zumin-dest in ihrer Tendenz vorauszusehen - und ‚Gegenmaßnahmen‘ zu ergreifen. Solche Eingriffe in das Innenleben, in die Persönlichkeit des Menschen sind allerdings mit vielen ethischen Fragen verbunden, deren Diskussion in den kommenden Jahren intensiviert werden muss.“ Welches Verhalten wünschbar, welches unerwünscht ist, scheint hier schon vollkommen ge-klärt zu sein. Vielleicht hat der Bremer Hirnforscher Roth deshalb kein Problem, es für möglich zu halten „daß kriminelles Verhalten erfahrungsunabhängig, genetisch-hirnorganisch bedingt ist“.³⁰ Kriminalität ist demnach keine soziale Übereinkunft, sondern eine Naturgegebenheit.

Ähnliche Gedanken hatten die Eugeniker Anfang des 20. Jahrhunderts auch geäußert. Sie leisteten damals in ihren Theorien einen Beitrag, die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ als staat-liche Pflicht zu propagieren.

³⁰ Roth, zit. nach Huiskens, a.a.O., S. 8

Heutige Hirnforscher maßen sich nicht weniger an, als gesellschaftliche und soziale Fragen durch einen Blick auf die Biologie des Gehirns zu beantworten. Sie sind eloquent, mit modernster Technik und Millionen Forschungsgeldern ausgestattet und ihre Forschungsergebnisse sind als Einfluß auf verschiedenste gesellschaftliche Felder spürbar.³¹

„Neues Verständnis“ psychischer Erkrankung und Ende der sozialen Psychiatrie

Die biologische Psychiatrie stützt sich ganz wesentlich auf die Ergebnisse der Hirnforschung. Der Münchner Psychiater Hans-Jürgen Möller entwarf auf dem siebten Weltkongreß der Biologischen Psychiatrie in Berlin 2001 das Szenario einer „neuen Klassifikation psychiatrischer Krankheiten, die in großem Maße auf molekulargenetischen Ursachenbestimmungen und anderen biologischen Urteilen beruhen könnte“.³²

Mit der Vorherrschaft der Neurowissenschaften im Gebiet der Psychiatrie geht die Ära der Sozialen Psychiatrie zu Ende. Psychische Erkrankung ist nicht länger das Ergebnis einer sozialen Selektion und Konstruktion, sondern soll laut biologischer Psychiatrie heute neu verstanden werden. Der Hirnforscher Gerhard Roth schreibt: „Psychische Erkrankungen beruhen aus dieser Sicht auf dysfunktionalen Veränderungen von Neuronen-Netzwerken insbesondere im limbischen System, wobei diese Veränderungen auf genetische Defekte, Erkrankungen oder auf vorgeburtlich, frühkindlich oder in späterem Lebensalter erlittene Schädigungen zurück gehen können.“³³ Auch der WHO-Report spricht ja davon, dank Hirnforschung zu einem neuen Verständnis psychischer Erkrankung zu kommen. „Mental Health: New understanding, new hope“ lautet der Titel des Berichts. Da die „erlittenen Schädigungen“ sich im Organ Gehirn festgesetzt haben, nutzen „bloße Appelle an die Einsicht“³⁴ der Kranken nichts. Die Gehirnchemie muß verändert werden, um Verhalten dauerhaft zu beeinflussen.

31 „Mc Kinsey will die Kindergärten umkrempeln“, berichtet die Frankfurter Rundschau am 27.10.05. So sollen Qualitätsstandards für Kindergärten entwickelt werden, Erzieherinnen sollen mit einem Bachelor-Abschluß verbessert werden und ein nationales Kindergarten-Ranking soll das Projekt abrunden. Begründung: „Aus der Hirnforschung wissen wir, dass eine vielfältige Anregungsdichte Kinder gerade zwischen drei und fünf Jahren weiterbringt.“ (Interview mit Jürgen Kluge, Deutschland-Chef von Mc Kinsey)

32 zit. nach: Fabian Kröger: Wenn sich Hirnforschung, Psychiatrie und Humangenetik verbünden... Telepolis, 7.6.2001. www.heise.de/bin/tp/issue/r4/dl-artikel2.cgi?artikelnr=7820&mode=print

33 Gerhard Roth: Wie das Gehirn die Seele macht. www.lptw.de (Vortrag bei den Lindauer Psychotherapiewochen 2001)

34 ebd.

Ein feinmaschiges Netz zur Erfassung von „Verhaltensauffälligkeiten“ ist bereits im Aufbau.³⁵ Vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziert wurde 1999 nicht nur das „Kompetenznetz Depression“, sondern auch das „Kompetenznetzwerk Schizophrenie“. In der Zielsetzung des Netzwerks Schizophrenie heißt es: Früherkennung sei nötig, um „mögliche Risikopersonen ausfindig zu machen“.³⁶ „Vorfeldeinrichtungen“, wie Schulen, Erziehungsberatungsstellen oder Hausärzte sollen bei der Suche einbezogen werden. Es werden dann „mittels Screening-Bögen Menschen identifiziert, die Symptome und Beschwerden haben, die auf ein erhöhtes Risiko hinweisen könnten. Diese Personen werden zur weiteren Abklärung an Früherkennungszentren überwiesen.“ Der drohende Unterton läßt sich nicht verbergen, wenn auch mit dem Versprechen der Krankheitsbekämpfung.

Die Erfassung von „Auffälligkeiten“ als Begründung für notwendige, regulative Eingriffe, um menschliches Verhalten zu kontrollieren und zu steuern, es in die von den Neurowissenschaften definierten richtigen Bahnen zu lenken, wird als Wohltat für die Betroffenen angepriesen.

Das Heilungsversprechen gegenüber den in der Öffentlichkeit so stark in den Vordergrund getretenen psychischen Erkrankungen (an vorderster Stelle die angstausslösende Alzheimerkrankheit³⁷) ist entscheidend, um die Angst in Hoffnung auf den Gehirnexperten umzuwandeln.

Der neue Mensch: exterritorialisert

Bisher kann keine Rede davon sein, daß die Neurowissenschaften dem Geheimnis von Erkrankungen wie Alzheimer, Schizophrenie, Epilepsie, Parkinson oder Depression auf die Spur gekommen sind. Faktische Erfolge sind nicht greifbar. Die Hirnforschung genießt jedoch eine „breite und weitgehend unreflektierte Resonanz“³⁸ und ihr Einfluß in gesellschaftlichen Fragen nimmt zu. „Konzeptionell basieren die modernen Neurowissenschaften auf den physikalistisch bestimmten Ansätzen der Jahrhundertwende. Ihre Faszination gewinnen sie aus der von ihnen verwandten *Technik*, dem gegebenenfalls noch farblich codierten Blick in das Innere des Kopfes.“³⁹ Die Verschmelzung von Mensch und Technik ist im Zuge der Hirnforschung vorangetrieben worden. Neuronale Netze sind Vorlagen für das Design der Künstlichen Intelligenz. Im Verbund mit der Molekularforschung und der Genforschung wird an Biocomputern gearbeitet.

³⁵ Die Jahre 2000 bis 2010 sind in den USA von zahlreichen Fachgesellschaften zur „Dekade des Verhaltens“ erklärt worden.

³⁶ Alle Zitate aus: Fabian Kröger, a.a.O., S. 2

³⁷ Je mehr die sozialen Ursachen für Demenz im Alter in der öffentlichen Diskussion ausgeschlossen werden und Demenz oder Alzheimer als Funktionsstörung des Gehirns behauptet wird, desto mehr muß die Angst zunehmen. „Genetische“ Anlage oder Gehirnfunktion ist von der sozialen Gemeinschaft nicht beeinflussbar, lediglich von Hirnwissenschaftlern – das behaupten diese wenigstens. Das Verändern der sozialen Umstände des Alterns jedoch wäre in der Verfügung dieser Gesellschaft – jedes Einzelnen, der Gemeinschaft, der politischen Vorgaben.

³⁸ Olaf Breidbach, a.a.O., S. 417

³⁹ ebd.

Umgekehrt wird der Mensch zum Computer gemacht. So virtuell wie die Bilder und Welten auf der Oberfläche des Bildschirms werden auch Körper, Seele und Geist des Menschen. Das Gehirn als „CPU“ (Central Process Unit) erzeugt diese Bilder und entwirft uns, die wir uns gleichsam als Programm durchs Leben bewegen. In diesem Bild vom Menschen spielt die Differenz zwischen Gefühl und Bewußtsein kaum eine Rolle - beides sind Funktionen, die der Programmerkennung untergeordnet sind.

Der Körper wird entfleischt, dafür bekommt er gänzlich ungreifbare, abstrakte „informationelle Netzwerke“ implantiert. Das Problem: einen solchen Körper kann man nicht mehr fühlen, über ihn kann man nicht mehr selbst verfügen. In einem solchen Körper kann man nicht mehr wohnen, sondern man ist exterritorialisert. Gleichsam von außen redet man über Werte, Kurven und Wahrscheinlichkeiten, die dieser (eher unzuverlässige) Körper „produziert“. Der Körper wird durchgescannt, als tauglich befunden oder verworfen. Aufgerüstet mit Technik und chemischen Mixturen können entsprechende Experten daran gehen, Fettpolster zu beseitigen, Haare einzupflanzen, Augenfarben zu verändern - Angst und Traurigkeit zu eliminieren.

Die Verabsolutierung des Gehirns als Leitorgan, als Konstruktionsstelle für Wirklichkeit setzt den Körper ins Unrecht. Der Körper ist lediglich ausführende Mechanik. Die Seele, heute einfach synonym für Gefühle, ist vom Gehirn gemacht. (Ihr Gutes zu tun, kommt dem Gehirn zugute, von daher sollte jeder nach positiven Gefühlen streben) Geht es nach den Hirnforschern, sollte der Mensch vor allem danach streben, in all seinen Handlungen die „Pflege“ seines Gehirnes als obersten Zweck anzusehen.

KAPITEL 10

DIE VERÖFFENTLICHTE DEPRESSION - IHRE GESELLSCHAFTLICHE FUNKTION

Depression als Krankheit des Homo oekonomikus

Die in Kapitel 8 beschriebene Konstruktion der Depression im Zeichen ökonomischer Verwertungsinteressen bestimmt auch ihre Funktion im gesellschaftlichen Diskurs. Wirklich populär wird die Depression um das Jahr 2000. Gehäuft wird in Presse und Fernsehen über sie berichtet. Ist es ein Zufall, daß ausgerechnet im Jahr des großen Börsencrashes über das Aufkommen der neuen „Volkskrankheit“ öffentlich nachgedacht wird? „Die Losung der Depression setzt ein Ähnlichkeitsdenken in Gang, das im gebremsten Botenstoffverkehr des schlechtgelaunten Hirns die stockenden Geldströme der Weltwirtschaft wiedererkennt.“¹ So meint auch das Handelsblatt: „Eine Beschreibung der depressiven Symptomatik liest sich wie ein Lehrbuch für Makroökonomie. ... Die Abfolge von Depression und Manie - erinnert Sie das an das Wechselbad von Schampus und Lebertran an der Börse?“²

Homo oekonomikus sieht sich im Verfall begriffen, *weil* die Wirtschaft in der Krise ist. Die „große Depression“ nannte man den Zusammenbruch der Börse im Jahr 1929 - im Jahr 2000 fielen die Aktienkurse um 65 Prozent, aber niemand spricht von einer Depression der Wirtschaft. Vielmehr sprechen alle von dieser Krankheit, die sich rasant ausbreite.

Die Abhängigkeit des persönlichen Wohls von der Zufriedenheit „der Wirtschaft“ wird als tägliches Zittern um das Stimmungsbarometer der Aktienbörse medial inszeniert. (Zunächst laufen die Meldungen von der Börse als Schriftband am unteren Rand der Nachrichtensendungen mit, bis ihnen stets ein eigener Nachrichtenplatz eingeräumt wird.) Insofern wäre das große öffentliche Interesse an der Depression als Mitleiden an der kränkelnden Wirtschaft zu verstehen.

¹ Andreas Rosenfelder: Vielleicht helfen Johanniskrautpräparate? Frankfurter Rundschau, 23.10.2002

² Roland Tichy: Die Börse macht die Wirtschaft krank. Kollektive Angst- und Panikreaktionen kennen wir nicht nur aus der Psychologie. Sie beherrschen auch die gegenwärtige Stimmung im Land. Handelsblatt, 14.5.2004.

In den populären Veröffentlichungen zur Depression wird der Ernst der Erkrankung in vertrauter Weise vor allem dadurch belegt, daß die wirtschaftlichen Kosten in den Mittelpunkt gerückt werden. „Entsprechend hoch ist der volkswirtschaftliche Schaden. In Deutschland verschlingen depressive Erkrankungen Schätzungen zufolge jedes Jahr 17 Milliarden Euro, in den USA sind es, je nach Studie, 44 bis 70 Milliarden Dollar, davon elf Milliarden allein durch verlorene Produktivität, weil depressive Beschäftigte oft nur kraftlos am Arbeitsplatz herumhängen.“ (Die Zeit, 11.3.2004) „Depressionen sind eines der teuersten Tabus in deutschen Unternehmen. ... Die Bertelsmann Stiftung hat jüngst errechnet, dass die Arbeitsunfähigkeit wegen depressiver Störungen in Deutschland 2001 zu einem Produktionsausfall von fast drei Milliarden Euro führte. Tendenz steigend.“ (Süddeutsche Zeitung, 12.6.2004) „Zunehmend mehr Fehltag gingen dabei auf das Konto depressiver Störungen.“ (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 30.12.2003)

Im Großen und Ganzen ist es akzeptiert, daß Depression eine Erscheinung der krisenhaften Ökonomie ist. Nach dem Motto: Was die Krise an Verfallserscheinungen bringt, kann nicht schlecht sein, kann auch Depression ihr gesellschaftliches Stigma der Schwäche und Verrücktheit abstreifen. In nachfühlenden Darstellungen depressiver Menschen wird von den Journalisten die allgemein verbreitete Skepsis gegenüber Arbeitsdruck und Entlassungsdrohungen verpackt. „Macht die Berufswelt krank?“ fragt die Frankfurter Allgemeine Zeitung am 30.12.2003. Zum gleichen Zeitpunkt berichtet auch die Frankfurter Rundschau „über den Zusammenhang zwischen Depression und dem Zuschnitt der modernen Arbeitswelt.“ Oder die Süddeutsche Zeitung: „Depressive Arbeitnehmer in Deutschland: ... Ausgebrannt und angefeindet“ (13.6.2004).

Einerseits wird Depression als Scheitern gedeutet, als ein sehr individuelles Versagen vor aktuellen Herausforderungen. „Das Gefühl dauernder Überforderung in der Arbeit, der Nichtanerkennung durch Kollegen und Vorgesetzte oder der gezielten Demütigung (Mobbing) stellt für viele einen unlösbaren, psychischen Konflikt dar. Der Ausweg: unbewußter Rückzug in Form einer depressiven Erkrankung.“ (FAZ, 30.12.02)

Andererseits finden sich alle in der Beschreibung der „Depressionsopfer“ wieder, ist im Mitfühlen eine unbestimmte Unzufriedenheit mit Überarbeitung, Unsicherheit und Beschleunigung versteckt. „Die Jobs waren bedroht, die Belastung wuchs und wuchs. Bald kam es in der Abteilung fast täglich zu Konflikten. Meier engagiert sich für Kollegen, streitet mit dem Chef - und verliert dabei seine Energie. Nach ein paar Monaten fällt es ihm schwer, den Arbeitsrhythmus zu halten. ... Am Ende ist alles kaputt. Innen drin ist nur eine riesige Leere und totale Verzweiflung.“ (Süddeutsche Zeitung, 12.6.04)

Dem Manager geht es kaum besser: „Im Magen drücken ‚Seelenschmerzen‘, wie der Bedrängte sein ‚Dauergefühl‘ angespannter Überforderung nennt.“ (Die Zeit, 28.8.03) Im Zentrum der Betrachtung steht der einzelne, bemitleidenswerte, angeschlagene Arbeitnehmer, der nicht anders als durch Krankheit auf ihn überfordernden Bedingungen reagieren kann.

Ganz im Sinn ökonomischer Vernunft wird an „die Wirtschaft“ appelliert. „Jammern ist gefährlich. ‚Derzeit gibt es höchstens eine kleine Minderheit, die bereit ist, ihre psychischen Probleme offen auf den Tisch zu legen‘, meint (Betriebsrat) Alles. Dabei könnte dies langfristig zu einer höheren Produktivität führen.“ (Die Zeit, 28.8.03)

Kritische Depression

Der Nachweis der Depression wird zum Nachweis der nachteiligen Auswirkungen eines „entfesselten Kapitalismus“. Ein gutes Beispiel für solche Argumentation liefert die Monitor-Sendung vom 12.8.2004, in der nach dramatischer Schilderung über Zunahme von Depressionen in Deutschland der Arbeitslose als Opfer präsentiert wird: „Abtauchen in das schwarze Loch: Michael Meyer ist seit zwei Wochen in der psychiatrischen Abteilung des Hamburger Westklinikums. Seit über einem Jahr ist der 44jährige arbeitslos. ... Unter Arbeitslosen ist die Zahl der Depressionen in den letzten Jahren besonders stark gestiegen.“³ Und der zuständige Psychiater im O-Ton: „Die neuen Appelle heißen ja, wo ein Wille, da ist ein Weg. Und genau das funktioniert bei depressiv Erkrankten ja nicht, weil die können nicht so, wie sie wollen. Das ist ja die Definition der Erkrankung.“

Solche Kritik bedient sich der Depression als Nachweis der gesundheitsfeindlichen Auswirkungen überzogener Verteilungsungerechtigkeit. Doch liegt genau hier ein Problem, denn auf diese Weise hat man das medizinische Dogma der Depression schon „geschluckt“. Die immer engere Definition all dessen, was sich optimaler Verwertung widersetzt, als „depressiv“ oder „psychisch abweichend“, führt ja genau zur immer umfassenderen Aussortierung sogenannter psychisch Kranker. Statt die zunehmende Zahl von Depressiven zu beklagen, wäre diese Methode sozialer Selektion zu hinterfragen.

Der niedergeschlagene Mensch leidet an seiner Körperlichkeit

Presseveröffentlichungen wiederholen und popularisieren das biologisch-medizinische Krankheitsverständnis. Der Mensch wird Sklave seiner Hirnchemie und seiner genetischen Ausstattung interpretiert. „Stand der Erkenntnis ist mittlerweile, daß bei einer Depression das fein austarierte und längst nicht schlüssig erforschte Wechselspiel der Botenstoffe zwischen den Nervenzellen im Gehirn, Serotonin und Noradrenalin, aus dem Gleichgewicht gerät, mit verhängnisvollen Folgen, denen der Betroffene ausgeliefert ist.“ (Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung) „Wissenschaftler in den USA entdeckten dazu eine Mutation auf den Gen 5-HTT. ‚Depressionen sind aber so komplex, dass zweifellos mehrere Gene beteiligt sind‘, sagt Holsboer, dessen Mitarbeiter gerade dabei sind, das Erbgut von je 1000 depressiven und gesunden Menschen miteinander zu vergleichen.“ (Die Zeit) „Bei einer Depression ist eine Hirnregion in der

³ Es gibt in Deutschland bisher keine Statistik oder spezielle Untersuchung zu diesem Thema.

vorderen linken Großhirnrinde vermindert aktiv.“ (Frankfurter Rundschau) Dieselbe Zeitung zitiert anlässlich des an Depression erkrankten Fußballspielers Deisler dessen Psychiater Florian Holsboer: „Es ist eine typische Depression. Es ist eine Veränderung des Neurotransmissionswechsels, für die es eine Veranlagung gibt.“ Solche Erklärungen arbeiten an der Enttabuisierung der Psyche, verlagern die Ursachen ins Körperliche und adeln Depression auf diese Weise zur „echten“ Krankheit. Die Sendung Monitor vom 12.8.2004: „Depression ist eine schwere Krankheit. Sie kann zu Hirnveränderungen führen, weil sogenannte Botenstoffe im Gehirn Ängste wecken, die nicht mehr weichen wollen.“

Depression: Überforderung oder Unterforderung?

Im Versuch, die Depression als gesellschaftliche Erscheinung zu interpretieren, wird in populären Veröffentlichungen häufig die Überforderung des modernen Menschen in den Mittelpunkt gerückt. „Mutet uns die Welt mit ihren Ansprüchen an Mobilität, Flexibilität, Individualismus und Eigenverantwortung zu viel zu?“ (Die Zeit, 11.3.2004) Diese Frage ist nur zu berechtigt, wer würde sich in der hektisch-betriebsamen, lauten und konfliktreichen Welt nicht täglich als „gestreßt“ bezeichnen? Aufschlußreich scheint aber auch, daß diese Frage nie umgekehrt gestellt wird. Könnte es nicht auch sein, daß der moderne Mensch mehr und mehr *unterfordert* wird? Kann Streß nicht auch daraus erwachsen, nicht leisten zu dürfen, wozu man eigentlich in der Lage wäre?

„Viel ist gesagt und geschrieben worden über Qualitätszirkel, Teamarbeit und mehr Mitbestimmung am Arbeitsplatz. Nur wenig ist dagegen gesagt oder geschrieben worden über die wachsende Anspruchslosigkeit der Arbeit, die zunehmende Geschwindigkeit der Produktion, die steigende Belastung oder die neuen Formen des sanften Zwangs und der subtilen Einschüchterung, mit denen die Beschäftigten in die postfordistische Produktion eingepaßt werden.“⁴ Täuscht nicht die einseitige Ausrichtung zum flink-flexiblen Bediener (und Gehorcher) im Arbeitsleben darüber hinweg, wie viele differenzierte Fähigkeiten darüber verloren gehen, bzw. gar nicht mehr gefragt sind?

Klaus Dörner beschreibt das für den Bereich der Gesundheit ähnlich. „Es gibt heute zahlreiche Beispiele dafür, dass wir nicht nur - wie früher - durch Überbelastung, sondern eher durch Unterlastung erkranken, gleichgültig ob Muskeln, Sinnesorgane oder andere Organe atrophieren.“⁵ Doch die vermeintliche „Freiheit“ von Last rächt sich. „Weil es dabei aber um den gesamten Organismus geht, gibt es natürlich nicht nur eine motorische Atrophie, sondern auch eine sozial-moralische Atrophie oder Unterlastung, einen Mangel an Beanspruchung durch

⁴ Jeremy Rifkin: Das Ende der Arbeit und ihre Zukunft. Frankfurt/New York 1995, S.128

⁵ Klaus Dörner: Die Gesundheitsfalle. München 2003, S. 137

Andere, was auch hier zu krankheitswertiger Selbstbezogenheit führen kann. Denn wenn ich zu sehr bei mir bin, wenn mein Selbst zu sehr ohne den Anderen ist, bin und habe ich letztlich auch mein Selbst nicht mehr – spürbar etwa an Depression oder Suizidalität.“⁶

Depression ist Anpassungsproblem des Einzelnen

Depression wird trotz aller gesellschaftlichen Bedingtheiten als vorwiegend individuelles Problem gedeutet. Das biologische Erklärungsmuster eignet sich dazu, Persönliches (kranke Gene) und Gesellschaftliches (Stress, Unsicherheit, Mobbing) zu verbinden, um so einer unausweichlichen Behandlungsbedürftigkeit Raum zu geben. „Anlage und Umwelt sind die Pole, zwischen denen heute die Entstehungsursachen für eine depressive Erkrankung diskutiert werden. Die Gene spielen dabei also ebenso eine Rolle wie die Atmosphäre, in der ich mich täglich bewege. Als gesicherte Tatsache gilt, daß bei vielen Menschen der depressiven Erkrankung ein emotional belastendes Ereignis vorausgegangen ist: zu viel Stress, Ärger im Beruf oder eine veränderte Lebenssituation. Das Gefühl dauernder Überforderung in der Arbeit, der Nichtanerkennung durch Kollegen und Vorgesetzte oder der gezielten Demütigung (Mobbing) stellt für viele einen unlösbaren psychischen Konflikt dar. Der Ausweg: unbewußter Rückzug in Form einer depressiven Erkrankung.“ (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 30.12.2003) Für die Lösung des Problems kann, soll, muß der Einzelne sorgen. „Ein ökonomischer Umbruch, ähnlich gravierend wie zu Beginn der industriellen Revolution‘ führe nicht nur in der Gesellschaft zu Anpassungsproblemen, sondern bei jedem Einzelnen, sagt der schwedische Arzt Töres Theorell.“ (ebd.)

So lautet die Botschaft, die „Krankheit“ entstehe durch einen Mangel an Anpassung. Mit dem (unvermeidlichen) Zwang zur Anpassung komme eben jeder unterschiedlich zurecht. Es seien zwar viele betroffen, aber nicht nur die Wirkung sei auf jeden unterschiedlich, auch die Bereitschaft zur Erkrankung sei individuell zu sehen.

Lösungen gebe es, wenn man die Anweisungen befolgt. „Thomas Meier nimmt seit ein paar Wochen Antidepressiva und arbeitet wieder. ‚Es geht schon viel besser‘, sagt er. Meier kann nachts wieder schlafen und schleppt sich nicht mehr so schwer durch den Tag. Glücklich ist er, daß sein Problem jetzt einen Namen hat. Er hofft, bald aus dem Tief herauszukommen und beschäftigt sich mit seiner Krankheit.“ (Süddeutsche Zeitung, 12.6.2004) Die Mainzer Zeitung: „Neunzig Prozent aller Depressionen sind gut behandelbar.“ Und die Frankfurter Rundschau stellt fest: „Dabei ist die wichtigste Erkenntnis für die Angehörigen, die Depression als schwere Krankheit zu sehen. Nicht Angehörige, nur Psychiater und Medikamente können Sabine L. aus dem Loch der Empfindungslosigkeit helfen.“ (10.11.2004)

⁶ Klaus Dörner 2003, S. 137

Zeit für Optimismus

Wenn es stimmt, daß die gesellschaftliche Akzeptanz der Depression eng mit der wirtschaftlichen Situation verzahnt ist, dann könnte es sein, daß die Popularität der Depression ihren Zenit überschritten hat.

An die Tatsachen von Massenentlassungen, Unternehmenssteuersenkungen, ständig steigender Dauerarbeitslosigkeit, Hartz IV und den Aufbau eines Niedriglohnssektors hat man sich in Deutschland gewöhnt. Die „neue soziale Marktwirtschaft“ mit ihrem Primat einer neoliberalen Politik hat Wirkung gezeigt. Den Konzernen in Deutschland geht es wirtschaftlich sehr gut. So gut, daß das mittlerweile auch öffentlich propagiert wird. Der DAX steigt und steigt, es winkt in Börsenkreisen „der Silberstreif am Horizont“ – kurz: es ist Optimismus angesagt.

Ende Juli 2005 stellt eine Gruppe von Psychiatern (Universität Witten/Herdecke), Künstlern (EXPEDERE Berlin), Systementwicklern und Marktforschern ein „Depressionsbarometer“⁷ ins Internet. Aufschlußreich die Motivation zu diesem Schritt: „Ist Deutschland noch zu retten?“ ist eine in den letzten Jahren häufig gestellte Frage. Wir stellen sie auch – aber aus einer psychiatrischen Perspektive: ‚Spinnen‘ wir denn eigentlich alle, wenn wir aus Angst vor der Zukunft sparen wie die Weltmeister und in zwanghaftes Grübeln darüber verfallen, wie wir (als Exportweltmeister) aus unserer scheinbar ausweglosen wirtschaftlichen Lage herausfinden könne, obwohl es den Bürgern in Deutschland wirtschaftlich in der Geschichte des Landes nie so gut ging wie jetzt? Die Antwort auf diese Frage ist: Ja, denn das ist eines der Merkmale einer Depression von Krankheitswert: Wer wirklich existentiell gefährdet ist, wird nicht depressiv. ... Unsere Verdachtsdiagnose ist daher: Deutschland leidet an einer kollektiven Depression!“

Der deutsche Depressive ein massenhysterischer Hypochonder? Das sind neue Töne. Ein halbes Jahr lang soll das Depressionsbarometer im Internet stehen, um danach ausgewertet zu werden. 7 Fragen zur Selbstbeobachtung der letzten 7 Tage (noch kürzer als andere Screening-Tests) soll der Internet-„Besucher“ beantworten und wird damit in den großen Depressionspool mit aufgenommen. Mit einer Veranstaltung im November 2005 in Berlin soll das Experiment dann beendet sein. Denn man frage sich, ob die Stimmungslage in Deutschland tatsächlich depressiv sei. „Vielleicht ist dies ja nur ein durch die Medien (die Jammerrunden bei Sabine Christiansen zum Beispiel) hervorgerufener Eindruck und in Wirklichkeit ist alles ganz anders.“ Man darf vermuten, daß das Depressionsbarometer genau das nachweisen wird.

⁷ www.depressionsbarometer.de

KAPITEL 11

ERLEBTE DEPRESSION

Patientinnen geben Auskunft

Wie sehen Betroffene selbst ihre Situation? Wie wirken sich das gesellschaftliche Klima und die Interpretation der Depression auf ihre Sicht aus? Welche Sprache finden sie zur Beschreibung ihres Leidens?

Zehn Patientinnen einer Psychotherapiepraxis in Wiesbaden erklärten sich im Herbst 2003 bereit, über ihre Lebenssituation und die Bedeutung ihrer Diagnose Depression zu berichten. Natürlich ist diese Befragung weit davon entfernt, repräsentative Aussagen wiederzuspiegeln. Hier ging es aber darum, Betroffene zu Wort kommen zu lassen, die vor 20 Jahren nicht als krank eingestuft worden wären. Wie erklären sie sich ihren Werdegang als Patientinnen?

Einige der aussagekräftigsten Äußerungen sollen im Folgenden zitiert werden.

Arbeit lenkt ab

Von den 10 befragten Frauen hatten alle einen festen Arbeitsplatz. Für keine von ihnen war die Arbeitssituation so belastend, daß sie dies als Auslöser für ihre Stimmungstiefs empfanden. Im Gegenteil, die meisten beschreiben, die Arbeit habe sie abgelenkt und eher unterstützt. Keine war wegen der Depression länger als 14 Tage krank geschrieben.

So äußerte Frau S., 27 Jahre alt, Druckvorlagenherstellerin: *„Die Arbeit war das einzige, was ich noch durchgezogen habe, das ist mir schwergefallen.“* Sie beschreibt die Arbeit als *„Ablenkung“*.

Frau K., 33 Jahre alt, Altenpflegerin: *Aber ich will jetzt nicht sagen, daß der Beruf Auslöser meiner schlechten Verfassung oder meiner Depressionen war, das war dann vielleicht noch verstärkend, aber ich denke nicht, daß es damit zu tun hatte.*

Frau P., 28 Jahre alt, Anwaltsgehilfin: *Eigentlich bin ich mit meinem Leben zufrieden, bin finanziell abgesichert, habe einen schönen Beruf.*

Frau F., 48 Jahre alt, Köchin: *Mir tut das auch gut zu arbeiten, da denke ich nicht so viel nach.*

Einsamkeit als zentrales Problem

Ihre Beschwerden werden von den Frauen fast einheitlich als schleichender, teilweise über Jahre andauernder, Prozess beschrieben. Dabei empfinden sie ein wachsendes Gefühl des Ausgeschlossenseins. Einige schilderten ihren totalen Rückzug mit der Verweigerung oder der Unfähigkeit, über ihre inneren Nöte zu sprechen. Andere reagieren mit einer Ablehnung des Essens, mit unerklärlichen Schmerzen, Übelkeit, Angst, Panik oder mit Weinanfällen. Insgesamt regiert ein Gefühl der Kraftlosigkeit. Im Grunde beschreiben die Frauen, wenn sie über ihr Leiden reden, den Zustand einer radikalen Vereinzelung.

Frau M.: *Da hatte ich so Panik, hatte so starke Panik extrem und konnte nicht Menschen haben. Das war ganz furchtbar.*

Oder Frau B., 37 Jahre, Marktforscherin: *Nichts hat wirklich Spaß gemacht, ich konnte mich nicht mehr konzentrieren. Ich hatte Angst davor, verlassen zu werden, Verlustängste in jeder Beziehung.*

Frau S.: *Es gab nichts mehr wie Arbeit, Heimkommen, essen, essen, essen. Und das täglich. Das war der einzige Inhalt. Und bis dahin hatte ich ja schon alle Kontakte abgebaut.*

Einsamkeit stand bei der Befragung als Auslöser für persönliche Krisen und Leiden eindeutig im Vordergrund. Das Fehlen oder der Rückzug aus einer verlässlichen Gemeinschaft, das Scheitern einer Beziehung oder die Angst vor einer Enttäuschung waren vor allem Themen der Gespräche.

Von den 10 befragten Frauen lebten 5 allein, 2 Frauen waren geschieden, 5 hatten keine Kinder. Damit liegen sie im gesellschaftlichen Trend. In einer Stadt wie Frankfurt macht der Anteil von Single-Haushalten heute 50 Prozent aus (Gesamt-Deutschland: 17,4 Prozent im Jahr 2003, 9,8 Prozent 1973). Die Scheidungsrate hat sich in Westdeutschland von 15,1 Prozent im Jahr 1970 auf 43,6 Prozent im Jahr 2003 erhöht und die Kinderzahl je Familie hat sich im gleichen Zeitraum von 2,01 auf 1,41 in Westdeutschland verringert.¹

Die Frauen beschreiben ein Gefühl der Einsamkeit, das mit Selbstzweifeln einhergeht. Häufig gibt es nur wenige Freunde, bzw. enttäuschte Freundschaften. Alle Wünsche und Sehnsüchte richten sich auf die Familie, die eigene Herkunftsfamilie wird häufig als Ort der Harmonie und Geborgenheit idealisiert.

¹ Zahlen aus: Bundeszentrale für politische Bildung. www.bpb.de/wissen

Zum Beispiel Frau J., 36 Jahre alt, Steuerfachgehilfin, zur Zeit in Mutterschutz: *Ich denke, es war auch damals ein ganz entscheidender Druck, daß ich damals so Beziehungsschwierigkeiten hatte, auch keine richtig feste Freundin. Als ihr Fundament beschreibt sie: Das, was meine Eltern, meine Familie mir mitgegeben hat.*

Frau S.: *Erst als es mir persönlich schlechter ging, da habe ich diese Einsamkeit gespürt, diese Isolation. Das Selbstmitleid war da unheimlich ausgeprägt, ich habe mich wirklich nächtelang bedauert, tagelang bedauert. Stunde um Stunde nur geweint, warum ist die Welt so ungerecht, kein Mensch für mich da. ... Dann, ich weiß nicht, dann kam ich mir wahrscheinlich wirklich sehr allein vor. Auf einmal war das Gefühl da, oh Gott, ich bin allein. Während der Therapie hat sie sich wieder ihrer Ursprungsfamilie zugewandt: Also ich vertraue absolut meiner Schwester, das ist für mich die höchste Person, der ich vertraue und jetzt auch wieder meiner Familie, also meinen Eltern.*

Auch Frau P. hatte Probleme mit ihrem Anspruch, selbständig zu leben: *Ich habe Angst vor dem Alleinsein, ich war noch nie allein, habe eine Zweizimmerwohnung im Haus, in dem auch mein Vater gewohnt hat. Und: Von der Therapie verspreche ich mir mehr Selbstsicherheit, daß ich auf eigene Füße komme.*

Frau J., kompetent im Beruf, aber einsam: *Ach, du lieber Gott, jetzt gehst du in deine leere Wohnung und die Wände kommen auf dich zu.*

Die Köchin, Frau F., kommt an ihre Grenzen, als die gewohnte familiäre Unterstützung wegbreicht und sie ihrem Mann auch nicht vertrauen kann. *Da war halt immer mein Papa, der war halt auch noch da und der war auch immer für mich da und der - das dreht sich um, daß wir jetzt für ihn da sein müssen, also meine Schwester und ich und er ist nicht mehr so wie früher. Das ist also auch weggebrochen, das war auch nicht so schlimm die ganze Zeit, weil ich meinen Mann ja hatte. Und der hat mich ja auch sehr betrogen, das war halt auch sehr schlimm.*

Freundschaft fällt schwer

Auffällig bei den Berichten war der Grad an Isolation, den sich die Frauen auferlegt haben oder der ihnen auferlegt war. Außer engen Verwandten oder Ehepartnern hatten sie keine Freunde, die ihnen in der Krise hätten beistehen können. Freundschaft wird eher problematisiert, als geschätzt.

Auf die Frage, wie wichtig Freunde in den schwierigen Lebensphasen waren, antwortet Frau S.: *Null. Stellenwert war null. Es war mir vollkommen gleichgültig. Also am Anfang, als ich damit anfang und nur meine Ruhe haben wollte, um dem nachzugehen praktisch, war mir das vollkommen egal.*

Frau B. ist sehr vorsichtig: *Freundschaft ist sehr wichtig, aber begrenzt. Ich habe nur zwei Freunde, mein Lebensgefährte und meine erste Liebe, mit dem ich auch zusammenarbeite.*

Frau H., 56 Jahre und Kinderpflegerin, meidet Freundschaft. *A1 gemieden wegen Enttäuschung und A2 hat das dann so ausgeartet, daß mein Mann gekapselt hat. Also er wollte keine - wir waren in jüngeren Ehejahren, hatten wir eine Riesenclique, aber seltsamerweise im Alter, er möchte niemand mehr einladen zu Hause, er möchte nicht, daß überraschend jemand kommt.*

Und Frau A., eine 57-jährige Sekretärin begründet ihre Zurückhaltung so: *Wenn es hart auf hart kommt, ist man doch allein. Wenn es schlecht geht, ziehe ich mich zurück. Ich öffne mich nicht gerne. Es braucht jedenfalls Zeit. Die Therapeutin versteht das. Sie ist ein neutraler Mensch und gibt keine Werturteile ab. Nur deshalb konnte ich bei ihr ganz offen sein. Bei einer Freundin muß ich immer Vorwürfe befürchten, aber die Therapeutin ist unvoreingenommen. Die Angst vor Zurückweisung muß sie bei der Therapeutin nicht fürchten, wird diese doch dafür bezahlt, die Patientinnen aufzubauen.*

Grundsätzlich wird es als schwierig empfunden, überhaupt einem Anderen zu vertrauen.

Frau P.: *Vertrauen ist schwer, denn die Anderen verstehen mich nicht.*

Frau A.: *Ich vertraue eigentlich nur mir, habe Mißtrauen gegenüber den Menschen, die mir begegnen. Selbst gegenüber meinem Mann kann ich mich nicht verlassen.*

Frau B.: *Mit Vertrauen tue ich mir schwer. Es ist eine Masche von mir, sehr redselig zu sein. Ich tarne mich mit Offenherzigkeit. Dabei zeige ich nicht gern was von mir. Und vor allem vertraue ich mir selbst nicht.*

Frau J.: *Worauf ich vertraue? Schwierig.*

Frau H. auf die Frage, wem sie vertraue: *Das kribbelt in mir. Nein, weiß ich nicht!*

Angst vor Kontrollverlust

Für die meisten befragten Frauen ist Ordnung sehr wichtig. Ordnung scheint für sie ein Mittel, den bedrohlichen Verlust der Kontrolle über ihr Leben aufzuhalten. Ordnung ist auch ein Versuch der äußeren Disziplinierung, wenn der innere Halt verloren geht. Eine Frau äußert mehrfach, daß das Schlimmste für sie darin bestehe, sich ausgeliefert zu fühlen.

Frau J.: *Ja, Ordnung. Ich fühle mich immer erst dann wohl, wenn es in der Wohnung ordentlich ist. Wobei es ja oft heißt, wenn Ordnung ist, ist das rein äußerlich und innerlich ist es unordentlich. Den Überblick behalten und daß ich weiß, wo die Sachen sind.*

Frau M.: *Ordnung ist sehr wichtig. Ja. Auf jeden Fall. Das gehört auch zu meinem Leben dazu, Ordnung. Also nicht im Sinn von kleinkariert, aber eine gewisse Ordnung muß sein. Weil man dann auch - ich weiß nicht, das Leben ist einfach leichter. Man hat auch alles besser im Griff.*

Frau K.: *Ich muß nachts blind in eine Schublade greifen können und wissen wo es ist. Das macht mich auch kirre, also, Unordnung macht mich ganz fuselig.*

Frau A.: *Ich kann im Chaos nicht arbeiten. Ich habe ein eigenes Zimmer, da kommt es schon mal vor, daß immer nur was reingestellt wird, aber wenn ich dann dort etwas machen will, dann muß ich erst Ordnung schaffen, auch wenn im Fernsehen ein guter Film läuft oder so. Ich muß wissen, wo alle Sachen liegen.*

Frau F.: *Ordnung brauche ich, wenn es mir schlecht geht. Dann brauche ich meine Ordnung.*

Frau B.: *Mit Ordnung habe ich es schon zu tun, teilweise entwickelt sich da ein regelrechter Kontrollzwang. Ich mache alles lieber selbst, weil es dann korrekt ist.*

Frau F.: *Ich habe Angst, die Kontrolle über mich zu verlieren, das ist so ein Punkt. ... Und dann, ja dann habe ich die Kontrolle verloren. ... Weil ich bin eigentlich ein Mensch, der so immer die Kontrolle auch hatte für sich und auch guckt, daß auch alles richtig läuft und so.*

Frau H.: *Und auch das andere, die Depression, die Heulerei war nicht mehr kontrollierbar.*

Frau M.: *Das ist, wenn es schlimmer wird, schon eine Krankheit, weil man kann es nicht kontrollieren, man hat es überhaupt nie unter Kontrolle.*

Gefühl des Versagens

Die Traurigkeit wird meist als selbstverschuldete Lebenskrise gedeutet, die nun mit aller Anstrengung überwunden wird. Das Konzept der eigenverantwortlichen und autonomen Bewältigung, das sie ausdrücklich auch in der Therapie lernen wollen, ist Vorbild für einen idealeren leidfreien Zustand.

Frau J.: *Ja, das hängt sich schon mit irgendwelchen Denk- und Handlungsweisen zusammen, die dann eingefahren sind im Laufe der vielen Jahre. Das ist halt schon irgendwie aus der Kindheit irgendwie als Grundstein gelegt. ... Wobei, wenn ich da eine andere Einstellung dazu hätte, mir das nichts anhaben könnte, ja.*

Frau M.: *Das muß ich erst mal selber rausfinden, dafür bin ich ja hier. Da bin ich ja ständig immer in irgendwelchen falschen Richtungen gelaufen. Da muß ich erst die Richtung rauskriegen, das kann ich gar nicht sagen. ... Daß ich manchmal von mir glaube, daß ich auch versagt habe, wissen Sie, das denke ich schon.*

Frau K.: *Das war einfach da. Ich habe mich immer irgendwie unwohl gefühlt, ich habe immer das Gefühl gehabt, ich genüge nicht, ich bin zu faul, ich bin zu dumm - was weiß ich.*

Frau H.: *Ja, die innere Schwäche und dieses Gefühl, eben doof zu sein und klein zu sein und nichts zu können, nichts zu wissen. Also da war ich stark gefangen drin.*

Obwohl viele ihre persönliche Isolation und ihren Schmerz über gescheiterte persönliche Beziehungen geschildert hatten, schien es ihnen wichtig, in der Therapie „Abgrenzung“ zu lernen. Noch einmal möchte man nicht die Enttäuschung in einer zu engen Bindung riskieren.

Frau F.: *Ich habe schon gelernt, mich abzugrenzen.*

Frau S.: *Wo ich mich abgrenzen muß und auch lernen muß, bis hierhin und nicht weiter und erstaunlicherweise auf offene Türen da stoße.*

Frau H.: *Und dann hat sie mir gesagt, ich brauche eine Verhaltenstherapie, keine Gesprächstherapie, sondern eine Verhaltenstherapie. ... Jetzt habe ich auch gelernt, mich abzugrenzen.*

Verhaltenstherapie suggeriert die Vorstellung, daß man sich selbst steuern kann, ebenfalls ein Mittel, dem Ausgeliefert-sein an den Anderen zu entkommen.

Frau K.: *Daß ich das natürlich auch entsprechend mit der Therapeutin besprechen kann und da auch flott wieder raus komme und diese negativen Attacken werden seltener.*

Leben mit der Diagnose

Erstaunlich war, daß die Frauen sich mit der Diagnose meist nicht identifizieren konnten. Sie sahen sich zwar als krank und hilfebedürftig (Expertenhilfe), aber mit der Zuschreibung „depressiv“ hatten viele ihre Probleme.

Frau S.: *Ich bin absolut kein depressiver Mensch. Aber die Depression, die gehört absolut nicht zu mir. Ich bin ein fröhlicher Mensch, ich war es schon immer und da wollte ich auch wieder hin. Weil, das kann jedem mal passieren, daß man Fehler macht, aber du kannst es auch wieder rückgängig machen.*

Frau F.: *Vielleicht bin ich auch nicht so ein typischer Depressionsmensch, ich weiß es nicht. Der Arzt hat das gesagt von Depression, ich habe das von mir aus nicht gesagt. Ich müßte daran arbeiten. Das mache ich ja schon die ganze Zeit.*

Oder Frau B.: *Wenn Sie mich vor einem Jahr gefragt hätten, ob ich Depressionen habe, hätte ich nein gesagt, denn ich bin eigentlich ein sehr positiver Mensch. Mein Problem liegt in der Beziehung zu meiner Mutter, unterschwellig brodelte es immer weiter in mir.*

Noch scheint in der Vorstellung der Frauen das Bild der Depression als einer schwereren Krankheit des Geistes zu existieren, so daß sie sich hierin nicht wiederfinden wollen.

Auch Frau M. tut sich schwer: *Also ich denke, so kleine Depressionen, die hat jeder Mensch, aber wenn es dann schlimmer wird, daß es dann schon eine Krankheit ist in Form von daß man sich selber nicht genug schätzt oder mag. Aber ich weiß nicht, wie weit ich das bei mir so sagen kann. Das müßte dann schon jemand anders. Ja, jetzt das war ja keine Depression, das war eine Verhaltensmusterstörung. Also ich habe immer mir die falschen Partner gesucht und dadurch mir immer sehr geschadet auch und dann kriegt man ja auch eine Depression, aber jetzt nicht direkt.*

Medikamenteneinnahme ist Standard

Wie stehen die Frauen, bei denen eine „leichte depressive Episode“ oder „Anpassungsstörung“ diagnostiziert wurde, zur Einnahme von Antidepressiva? Zunächst einmal: allen wurden sie verschrieben und alle außer einer Frau haben auch eine Zeitlang Antidepressiva eingenommen. Die Ansichten darüber waren unterschiedlich.

Medikamente werden als Sicherheit empfunden, die man in sich selbst noch nicht zu finden glaubt. Sie sind eine Art Ersatz für die Angst vor der fehlenden inneren Balance.

Frau A.: *Ich nehme noch die gleichen Medikamente, aber der Arzt hat gesagt, Frau A., das macht gar nichts, man kann mit der Zeit versuchen, ganz langsam herunterzugehen. Momentan kann ich sie noch nicht weglassen.*

Frau B.: *Seit April nehme ich Paroxetin, ein Antidepressivum. Die Tabletten machen mich wesentlich gleichgültiger. Die Tabletten machen es mir leichter, der Langeweile zu widerstehen.*

Frau F.: *Ich nehme immer noch Tabletten, aber es ist jetzt am Auslaufen. Ich habe sie dabei, ich kann es Ihnen sagen, ich habe mir jetzt noch mal welche aufschreiben lassen, ich nehme jetzt alle zwei Tage eine halbe.*

Antidepressiva werden aber auch bedrohlich erlebt. Frau S. hatte bisher keine Medikamente genommen. Dann sollte sie doch welche verschrieben bekommen.

Das hat die Therapeutin dann auch angesprochen mit den Medikamenten, mit leichten, für die Phase, wo man wirklich traurig ist, aber interessanterweise hat sich das auf einmal total gefestigt.

Frau K.: *Jetzt nehme ich keine Medikamente. Ich habe damals Insidon bekommen, habe aber gemerkt, daß mir das ganz schön die Füße wegzieht. Ich bin kein Medikamenteneinsteher. Wenn ich dann mal was nehme, haut das schon ziemlich rein. Ich war so neben mir gestanden, daß ich gedacht habe, ich will das nicht, verändert mich, ich bin nicht mehr 100 Prozent da und ich habe das abgesetzt.*

Meinung zu Gesellschaft und Depression

Befragt, worin ob und worin sie gesellschaftliche Ursachen für die steigende Zahl diagnostizierter Depressionen sehen, hatten die Frauen klare Vorstellungen.

Frau J.: *Ja, ich denke schon, daß der Leistungsdruck in der Gesellschaft immer größer wird. Die Technik entwickelt sich immer weiter - da habe ich ein bißchen Probleme dabei, eine Meinung dazu zu äußern, weil ich - ich kann da jetzt irgendwas nachlabern, daß die Schere immer weiter auseinandergeht, aber ich weiß nicht, ob ich da richtig dahinter stehe.*

Einige schilderten jedoch auch genau ihre Nöte, wenn sie über gesellschaftliche Probleme sprachen.

Frau M.: *Das hat damit zu tun auch, das Leben ist kälter geworden. ... Und da ist diese Kälte, diese Gleichgültigkeit, daß man sich einsam fühlt und Wärme und sowas braucht irgendwie. Und das alles gibt es ja nicht. ... Man kriegt nichts mehr geschenkt, man will für alles etwas haben und man denkt, man muß für alles etwas geben. Und das ist, glaube ich, der größte Fehler in der Gesellschaft, in der heutigen. Daß es nichts mehr freiwillig gibt oder so. Freude und Überraschung und einfach nur, weil man den Menschen mag oder weil der Mensch da ist, einfach so, ja. ... Das sind diese Sachen, warum man depressiv ist, weil die Seele ist krank und einsam.*

Frau S.: *Also die Vergangenheit, die Familie, der ganze menschliche Zusammenhalt, der fehlt ja heute total, das ist ja so eine Isolation. So eine Fremde, es wird nach Idealen gejagt, die überhaupt nicht menschlich sind. Das ist überhaupt nicht zu erreichen. Weder die Schön-*

heitsideale, noch Wissensthemen, du sollst immer top aussehen, du sollst gebildet sein, du sollst dich hier und da auskennen. Wirkliche menschliche Werte werden total zu Boden getrampelt, die Leute glauben das, weil es gibt immer mehr Singles, es leben immer mehr allein, isoliert.

Frau F.: *Und ich glaube, daß das heutzutage, daß da zu wenig Familie ist, zu wenig Zuwendung, zu wenig Menschen, die einen beschützen, wo man aufgehoben ist.*

Frau A.: *Früher war es nicht so, meine Mutter hatte auch ihre Arbeit, sie hat die Wäsche gemacht, gekocht usw. Frauen sollen heute im Beruf stehen und auch zu Hause alles perfekt machen. Damit sind sie überfordert. Außerdem sehe ich die Reizüberflutung, die Menschen sind nicht mehr in der Lage zu sortieren, wenn den ganzen Tag das Fernsehen läuft und alles laut rumort.*

Die Frauen, die hier ihre Probleme schildern, sind nicht verrückt. Sie sind auch nicht arbeitsunfähig oder menschen-scheu. Sie fühlen sich vom Genuß und vom lärmenden Getriebe ausgeschlossen, weil sie sich selbst nicht „gut genug“ fühlen und sie werten diesen Zustand als eigenes Verschulden. In der Therapie wollen sie lernen, stärker, klarer und emotionsloser zu werden. (Frau H.: *Mein Gefühl war bis jetzt immer hinderlich für mich.*) Dem Anderen zu vertrauen und sich „auszuliefern“ wird durchweg als problematisch empfunden, gleichzeitig aber auch an der Isolation und Einmauerung des Ich gelitten.

Die gesellschaftlich verordnete Autonomie und Durchsetzungsfähigkeit ist Lernziel der Therapie. Ob aber eine Technik der Selbstdisziplinierung nicht genau dazu führt, daß die Therapierten die Einsamkeit zwar nicht mehr spüren, realiter aber verlassenener sind als zuvor, bleibt dahingestellt.

Die Welt der Hirnforscher, Depressionsepidemiologen, Gesundheitsmanager und Pharmaprofiteure, die sich professionell mit der psychischen Lage der Nation beschäftigen, scheint von den Alltagsproblemen, die hier geschildert werden, weit entfernt.

Die Frauen, die hier berichteten, sahen sich nicht mehr in der Lage, aus eigenen Kräften oder mit Unterstützung von Freunden und Familie ihr Leben zu bewältigen. Dieses Gefühl des Verloren-seins und Verloren-habens mit all seinen Auswirkungen auf den Verlust von Weltvertrauen und Menschenvertrauen bedeutet eine fundamentale Verunsicherung, die mit der Kategorie „Depression“ nur gestreift wird. Der Begriff Depression hat hier einzig und allein die Funktion, jenen Frauen eine Krankheit zuzuteilen. Auf diese Weise bedeckt man die Kälte und Isolation moderner Lebenswelt mit einem Schleier, der die Frage obsolet macht, was den „Patientinnen“ die Lebenskräfte raubte.

K A P I T E L 1 2
D E R N I E D E R G E S C H L A G E N E M E N S C H - L E B E N I N M Ü D E N Z E I T E N

*Diese Medizinierung der Melancholie aber vergißt,
daß es Weltzustände und existentielle Situationen gibt, in denen die Melancholie eine
angemessene Haltung darstellen kann.* HARTMUT BÖHME

Die heute praktizierte biologische Psychiatrie und die behavioristisch ausgerichtete Psychotherapie hat ihren Patienten wenig zu bieten.

In einer Gesellschaft, die die seelischen Ressourcen ihrer Mitglieder als arbeits- und wertungsrelevant anzapft, in der Glück als Pille käuflich ist und Einsamkeit zur „Autonomie“ hochstilisiert wird, muß der niedergeschlagene Mensch krank sein. Eine steigende Anzahl psychischer „Abweichungen“ speist das medizinische Versorgungssystem in einer gut geölten Maschinerie mit Medikamenten und Verhaltenstherapie ab.

Von 1993 bis 2002 hat sich die Zahl der verschriebenen Antidepressiva in Deutschland verdoppelt.¹ Die Techniker-Krankenkasse mußte in ihrem Jahresbericht 2005 feststellen, daß insbesondere bei Arbeitslosen die Zahl der verschriebenen Antidepressiva seit dem Jahr 2000 drastisch zugenommen hat.² Die umstrittene und in der Vergangenheit heftig kritisierte Elektrokrampftherapie ist für die Anwendung bei depressiven Patienten wieder zu neuen Ehren gelangt und wird als „biologische Therapie“ angepriesen.³ Psychiater haben im stationären Alltag der Krankenhäuser, wie auch in den Arztpraxen kaum Zeit für Gespräche, weil sie

¹ Sabine Kartte, Johannes Schweikle, Cornelia Stolze: Neue Wege aus dem Tief. Artikel vom 21. März 2005, www.stern.de/wissenschaft/gesund_leben/medizin/

² TK-Gesundheitsreport 2005, S. 58 (Die Zahl der Verschreibungen liegt 77% über der für Berufstätige). www.tk-online.de

³ Ein Beispiel: An einer psychiatrischen Klinik bei Wiesbaden wurden bis zum Jahr 2002 jährlich maximal 4-5 Elektrokrampftherapien angeordnet. Sie wurden als letztes Mittel der Wahl angesehen, wenn alle anderen Therapiemöglichkeiten ausgereizt worden waren. Mit einem Chefarztwechsel und der damit verbundenen Hinwendung zur biologischen Psychiatrie ist die EKT mittlerweile zum Standard der Behandlung geworden mit 4-6 Anordnungen wöchentlich! (Persönliche Berichte von Beschäftigten)

durch Verwaltungsarbeiten, enge Zeittakte, Teamgespräche oder Fortbildungen in Anspruch genommen werden.

Der Depression zuhören

Indem Depression in verschiedene Kategorien und Kästchen unterteilt wird, wird heute von Mediziner*innen, Psycholog*innen, Gesundheitsökonom*innen und Pharmaprofiteuren so getan, als ob die Depression enträtselt sei. Man müsse nur noch mehr Anstrengungen unternehmen, um ihr auf die Spur zu kommen. Eine vertiefende Frage nach den Wurzeln, gar dem Sinn der Depression kommt gar nicht erst auf.

Die anthropologische Psychiatrie hat das schon immer anders sehen wollen. Jenseits des gängigen Diagnose und Behandlungsrummel fristet sie heute eher ein Schattendasein.

Johann Glatzel, lange Jahre Professor für Psychiatrie in Mainz, schreibt 1990: „Inzwischen hat, nicht zuletzt unter dem Eindruck der Erfolge der Pharmakotherapie und einer intensivierten biologischen Grundlagenforschung, eine neopositivistische Wende zu einem Methodenmonismus geführt, dessen Absolutheitsanspruch an eine mahnende Feststellung Adornos erinnert: ‚Heute wird der Primat der Methode bereits so weit getrieben, daß weithin nur solche Forschungsaufgaben gestellt werden können, die mit den Mitteln der verfügbaren Apparate sich lösen lassen. Der Primat der Methode ist der Primat der Organisation.‘“⁴ Methode als Zauberwort für lösbare Aufgaben. Inhalte, die sich dagegen sperren, werden ignoriert und beiseite gedrängt. Das ist für Glatzel Ende der 80er Jahre in Deutschland das Hauptproblem einer „sich dezidiert als biologische Wissenschaft begreifenden Psychiatrie“⁵.

Glatzel, und damit beruft er sich auf einen Strang deutscher Psychiatriegeschichte, der auf Karl Jaspers, Dilthey, Binswanger, von Gebsattel und andere zurückgeht, möchte Psychiatrie als humane Erfahrungswissenschaft verstanden wissen. „Erfahrungswissenschaft“ meint die Verwobenheit von Untersucher und Untersuchtem, von Arzt und Patient. Sie stellt den Versuch dar, etwas zu beschreiben, was sich in der Begegnung ereignet. Der Arzt muß sich dabei im Klaren sein, daß sein eigenes Vorwissen, sein Vorurteil, Einfluß auf seine Erfahrung nimmt. Die Aufgabe des Psychiaters ist Psychopathologie, das heißt beschreibendes und verstehendes „sich Einfühlen“ in die „abnormen Tatbestände des Seelenlebens“. „Beschreiben ist jedoch niemals eine statische Deskription; in jedem Beschreiben kommt notwendig das zum Tragen, was zuvor als Vorverständnis angesprochen wurde.“⁶ Biologische Psychiatrie hingegen reduziere die Perspektive der Beschreibung auf bestimmte Körperfunktionen und schließe so die vielfäl-

⁴ Johann Glatzel, a.a.O., S. 1.

⁵ ebd.

⁶ ebd., S. 10.

tigen anderen Erscheinungen kategorisch aus. „Das aber meint die Gleichsetzung des Begriffs der Objektivität mit der Alleingeltung einer Methode, eben der naturwissenschaftlichen.“

Psychopathologie, wie Glatzel sie versteht, will nicht erklären, sondern verstehen. „Erklären will Unbekanntes auf ein bedingendes Bekanntes beziehen und es in diesem begründen, während Verstehen ein Unbekanntes sucht, einen verborgenen Sinn.“⁷ Die gemeinsame Erfahrung im Gespräch oder in der Begegnung zwischen Arzt und Krankem dient gemeinsamer Sinnsuche – so kann man vielleicht Glatzels Auffassung zur Psychopathologie umschreiben. Hier ist kein Raum für objektive Verfahren oder Messungen. In jedem „objektivierten“ Testverfahren sind bereits zahlreiche Unterstellungen enthalten. Wird nach dem Eindruck von Traurigkeit gefragt, ist ein Wissen vorausgesetzt, was Trauer ist. Doch wie es um die je verschiedene Traurigkeit des Gegenübers bestellt ist, kann nur in Gesprächen zum Vorschein gelangen, in denen der Psychopathologe so weit als möglich seine Wahrnehmungsperspektive verläßt und versucht, das Vorverständnis des Probanden zu übernehmen.

Phänomenologie der Depression

Die anthropologische Psychiatrie gelangt auf diese Weise zu gänzlich anderen Beschreibungen der Depression⁸, als es der gängige Diagnoseschlüssel zuläßt.

Das Grundthema der Depression ist Verlust. Die anthropologische Psychiatrie unterscheidet folgende Phänomene in der Wahrnehmungswelt und im Verhalten des Depressiven:

- Depression ist Verlust des Anderen. Die Fähigkeit zum Dialog ist verstummt. „Auch in der Melancholie ist aber die Rolle des Mitmenschen, des anderen oder alter ego weitgehend nivelliert bis getilgt. Wo sie nicht getilgt ist, begegnet der andere dem Melancholischen ebenso wie dem Manischen gerade nicht in *eigentlicher* Begegnung, in Liebe oder Freundschaft, also nicht dialogisch.“⁹ Für den Psychiater Ludwig Binswanger ist Melancholie die Unfähigkeit zur Transzendenz, der Kranke ist ganz in sich selbst eingesperrt. In Abgrenzung zur Trauer beschreibt Glatzel diese Eigenart der (pathologischen) Melancholie: „Trauer ist also stets auf ein Außen bezogen und insofern potentiell beziehungsstiftend. Melancholie ist stets auf das Selbst des Schwermütigen bezogen und führt so in Vereinzelung und schließlich Isolierung.“¹⁰ Daher nennen einige Psychiater sie die eigentlich

7 Johann Glatzel, a.a.O., S. 11.

8 Im Grunde lehnt es die anthropologische Psychiatrie ab, von „Depression“ zu sprechen. Ludwig Binswanger schreibt 1960: „Wenn wir das Wort Depression so weit als immer möglich vermeiden, so deswegen, weil dieser Begriff heute so verschiedenartige Bedeutungen hat, ja so verwaschen ist, daß er nicht mehr zum Ausgangspunkt einer phänomenologischen Untersuchung gemacht werden kann.“ (Ludwig Binswanger: Melancholie und Manie. Phänomenologische Studien. Pfullingen 1960, S. 10) Binswanger unterscheidet zur Beschreibung der Arten von Traurigkeit zwischen (gesunder) Schwermut und (kranker) Melancholie.

9 Ludwig Binswanger, a.a.O., S. 67

10 Johann Glatzel, a.a.O., S. 101

„autistische Psychose“. Man kann dem Depressiven eine ängstliche Sorge, den Erwartungen der anderen nicht zu genügen, deutlich anmerken. Er ist überangepaßt, ängstlich darum bemüht, nicht aus der Rolle zu fallen, erfolglos getrieben. „Stets entdeckt der Proband in Gegenwart und Vergangenheit eigenes Verhalten, in dem er schuldhaft den Erwartungen anderer nicht entsprach.“¹¹

- Depression ist Verlust der Welt. Der Depressive hat kein Vertrauen in den Weltlauf und dessen Folgezusammenhänge. Er macht in diesem Sinn keine „natürliche Erfahrung“ (Binswanger) mehr. Alle Weltbegegnung bezieht er auf das eigene Selbst. Das depressive Thema nimmt den ganzen „seelischen Raum“ (Binswanger) ein. Insofern verweigert sich der Depressive, Erfahrungen zu machen, die ihn in mit Ungewissem konfrontieren könnte.
- Depression ist Verlust der Zukunft. Dem Depressiven vergeht die eigene Zeit langsamer, als die Zeit der Umgebung. So trennt er sich aus seiner Mitwelt ab, fühlt sich unsicher und ungenügend. „Ein relativ rasches Fortschreiten der physikalischen Zeit bemerken wir daran, daß sich unsere Umgebung rascher verändert als wir, daß die früher enge Kohärenz, in der wir prägend auf die Umwelt und diese in gleicher Weise auf uns bezogen ist, sich lockert. Wir verlieren ein Stückchen den Anschluß, bleiben zurück - und fühlen uns nicht mehr auf der Höhe der Zeit.“ Die Zukunft wird zur lediglich stagnierenden Wiederholung der Gegenwart. Die Zukunft ist leer. Diese „Ausleerung des Daseins“ ist die „eigentliche Keimstätte der Schwermut“¹², schreibt Hubert Tellenbach. Die Zukunft ist keine Möglichkeit, sondern bereits eingetretene Unmöglichkeit. „... denn im Stil der melancholischen Erfahrungsweise deutet wie gesagt das, was morgen geschehen wird, im Grunde keine offene zukünftige Möglichkeit, sondern eine bereits vollzogene oder im Vollzug begriffene Tatsache.“¹³
- Depression ist Verlust des Vertrauens in die eigene Leiblichkeit. „Die Gesundheit des Leibes ist nicht mehr etwas selbstverständlich Hinzunehmendes, es gilt, sie durch beständiges Beobachten und Vermeiden krankmachender Einflüsse zu bewahren. In diesem Vertrauensverlust ist die Gewißheit verlorengegangen, Krankheit sei das Resultat einer erkennbar außengesteuerten Schädigung und insofern erworben. Krankheit muß nicht erworben sein, sie lauert als Möglichkeit stets darauf, überraschend und ohne Vorankündigung die Gesundheit als eine nur scheinbare zu entlarven.“¹⁴ Ängstlich achtet der Depressive auf seine Körpersignale.

¹¹ Johann Glatzel, a.a.O., S. 34

¹² Hubert Tellenbach, a.a.O., S. 17/18

¹³ Ludwig Binswanger, a.a.O., S. 45

¹⁴ Johann Glatzel, a.a.O., S. 32

Beschreiben die Symptome der Depression unsere Gesellschaft?

Aus sozialwissenschaftlicher Sicht ist es frappierend, daß die Phänomene der individuellen depressiven Wahrnehmung sich lesen, wie eine Beschreibung der modernen Gesellschaft. Oder anders ausgedrückt: Offensichtlich leben wir in einer Zeit, in der die Depression zum „normalen“ Verhalten geworden ist.

Ist nicht der niedergeschlagene Mensch, der hier beschrieben wird, der Prototyp des modernen Menschen?

Autonomie, Abgrenzung, „Self-ness“, Ich-AG, Selbstmanagement, Selbstsorge - all dies sind Ikonen moderner Identität. Zu den entscheidenden Tugenden soll zählen, was sich in besonderer Weise zur Stärkung des Selbst eignet. Das Kreisen um die Ausbildung des nötigen Selbst-bewußtseins wird für entscheidend gehalten im Konkurrenzkampf. In Zeiten der Selbst-verantwortlichkeit ist stets dem eigenen Versagen die Schuld zuzurechnen, nicht ausreichend mithalten zu können. Der Verlust des Anderen, Einsamkeit und Isolation bringen im gleichen Atemzug den eigentlichen Kern der Selbstpflege zum Vorschein: die ängstliche Sorge, vollkommen ausgeliefert zu sein.

Was das Zeiterleben des Depressiven angeht, könnte sich ebenfalls jeder moderne Mensch in dessen Beschreibung wiederfinden. Angesichts der rasanten äußeren Beschleunigung wird sich unvermeidlich das Gefühl einschleichen, auf dem einen oder anderen Gebiet nicht mehr „anschlußfähig“ zu sein, den Zugang zu verlieren.

Was die Zukunft birgt, ist in der Gegenwart durchgeplant. Die Zukunft ist insofern entleert, weil es im Sinn moderner Projektemacherei keinesfalls etwas geben darf, das ungeplant und überraschend eintritt. Utopien gibt es nicht mehr. Die Zukunft kann keine Möglichkeit mehr sein, weil sie nur dazu da ist, in die Tat umzusetzen, was heute geplant wird. Das Reich der Möglichkeiten hat sich erschöpft, weil alles gleichzeitig möglich zu sein scheint. „Das Dahinrasen der Welt unterstreicht noch den schleppenden Trott unseres eigenen Daseins.“¹⁵

Im gleichen Atemzug macht sich eine innere Leere breit, die nicht mehr für möglich hält, daß sie noch etwas ereignen könnte. George Steiner schreibt: „Gleichwohl gibt es, glaube ich, im geistigen Klima am Ende des 20. Jahrhunderts eine Müdigkeit im Kern.“¹⁶ Diese Müdigkeit breitet sich endemisch aus, je hektischer die zukunftsverplanende Betriebsamkeit voranschreitet. Auch Pascal Bruckner nennt Müdigkeit „den modernen Zustand schlechthin“¹⁷.

¹⁵ Pascal Bruckner: Verdammt zum Glück. Der Fluch der Moderne. Berlin 2001. S. 95

¹⁶ George Steiner: Die Grammatik der Schöpfung. S. 8

¹⁷ Pascal Bruckner, a.a.O., S. 94

Der Verlust des Vertrauens in die eigene Leiblichkeit ist zur gesellschaftlichen Regel geworden. Der vorherrschende Gesundheits-, Fitneß- und Wellneß-Trend belegt eindrucksvoll, in welchem hohem Maß der moderne Mensch auf seine normgerechte Körperlichkeit fixiert ist. „Fitness heißt dauernde Selbstbeobachtung, Selbstvorwürfe, Selbstentwertung, und damit auch dauernde Angst.“¹⁸ Gesundheit erfordert ständige Aufmerksamkeit. Man muß auf dem aktuellsten Stand sein, um zu wissen, wieviel Eiweiß verträglich ist, welche Vitamine unverzichtbar sind oder wieviel Flüssigkeit dem Körper zugeführt werden muß. Was heute gilt, kann morgen überholt sein.

Das moderne „Streben nach Gesundheit“ (Illich) ist die Kehrseite einer Entkörperung, die nach 150 Jahren Medizin- und Industrialisierungsgeschichte auch die Seele in ein Objekt geplanter Verfügbarkeit verwandelt hat. Mentale Übungen, Entspannungstechniken, Bewußtseins-erweiterung mit oder ohne chemische Aufputsch- oder Dämpfungsmittel – dies alles dient der Funktionalisierung des Seelischen im Dienst der Selbststeigerung. Die Seele war einst die geheimnisvolle Mittlerin zwischen der Welt des Sichtbaren und dem Bereich jenseits der Sinne. Heute ist sie als Stoffwechselfunktion oder Gehirnstrom dem Bereich des Körperbesitzes zugeordnet und damit ebenso wie dieser Objekt besorgter Beobachtung.

Paradoxie moderner Ansprüchlichkeit

Der gesellschaftliche Fortschritt „produziert“ „by the way“ all die Verluste, die Anlaß für depressives Erleben sind. Gleichzeitig jedoch wird der Depressive als „Abweichler“ für behandlungsbedürftig erklärt. Die Kriterien, unter denen der Mensch als depressiv diagnostiziert wird, sind immer enger gefaßt worden, das zeigt die Entwicklung der Diagnose über die letzten 50 Jahre.

Der niedergeschlagene Mensch ist ein Kind dieser Zeit. Er sieht sich einerseits konfrontiert mit Ansprüchen der Selbstgestaltung, der Selbstverwirklichung, der Authentizität, des Durchsetzungsvermögens gegenüber der allseits lauernden Konkurrenz und andererseits werden von ihm soziale Fähigkeiten, eine intakte Familie oder ehrenamtliches Engagement verlangt. Er soll eigenständig handeln und gleichzeitig wird genau dies in betrieblich normierten Verfahren überflüssig gemacht. Er soll konsumieren und gleichzeitig privaten Verzicht für die Altersvorsorge betreiben. Er soll seine Fähigkeiten flexibel auf mögliche Marktanforderungen ausbilden und gleichzeitig über so spezialisierte Kenntnisse verfügen, daß er paßgenau den Arbeitsanforderungen entspricht. Er soll in maßloser Hetze in der Lage sein, mehrere Aufgaben gleichzeitig zu erledigen und gleichzeitig „gesund“ leben.

Konfrontiert mit derart paradoxen Doppelbotschaften ist das „richtige“ Verhalten ein Ding der Unmöglichkeit. Die Konsequenz: Handlungsunfähigkeit, Schwächegefühl, Entscheidungsprobleme, Hoffnungslosigkeit, Rückzug, Einsamkeit.

¹⁸ Zygmunt Bauman: Flüchtige Moderne. Frankfurt 2003, S. 95

Die krankmachende Wirkung eines medizinischen Rasters, dem nichts Suboptimales entgeht, verschärft die Paradoxie noch. Das eigene Unvermögen erstreckt sich nun auch noch darauf, sich vielleicht nicht richtig behandeln zu lassen. Die biologische Psychiatrie bringt den Depressiven zum Schweigen, indem sie unmittelbar „weiß“, was sein Problem ist und ihn mit Therapieanweisungen überschwemmt. Die medizinische Behandlung drängt das soziale Dilemma zur Seite, das sie nicht lösen kann.

Traurigkeit ist berechnete Daseinsäußerung

Von der alten Melancholie zur modernen Depression führt ein weiter Weg. Die medizinische Inbesitznahme des Terminus „Melancholie“ durch die Psychiatrie des 19. Jahrhunderts konnte ihre Doppelbedeutung nicht vollends außer Kraft setzen. In der Melancholie schwang neben den Abgründen des Wahnsinns immer noch die eigentümlich menschliche Fähigkeit mit, dem Traurig-sein einen Sinn zu verleihen. Das Leiden am Wissen – die angestrenzte Bemühung der Moderne, alles erklärbar zu machen und den bedrohlichen Bereich des Nichts mit objektiver Welt zuzuschütten – war dem Melancholiker des 19. Jahrhunderts noch präsent. Seine Traurigkeit verwies auf eine Stärke des Menschen, sein Gespür für das Unstimmige. Wer traurig ist, leidet an dem, was fehlt – deshalb kennt er das Gefühl der Sehnsucht. So konnte Melancholie sogar ein fast süßer Triumph über das (schlechte) Bestehende sein, über das sich die sehnsüchtige Trauer erheben kann. Diese Anklänge eines melancholischen Weltgefühls eigneten sich schlecht für eine medizinische Wissenschaft, die sich die Ausmerzungen jeglichen Leids zum Ziel gesteckt hat. Darum mußte der Begriff der Melancholie fallen.

Insofern ist der begriffliche Wechsel zur Depression eine Zäsur, dessen volle Konsequenz heute sichtbar ist. Depression (als biologische Funktionsstörung) weist auf den defizitären Menschen. Auf den, der den Anforderungen der (guten) Welt nicht genügt, weil er als Mensch zu langsam, zu unvollkommen, zu unintelligent, zu ausdrucksarm, zu träge ist. Der depressive Mensch leidet an seinem Ungenügen, der melancholische Mensch leidet am Ungenügen der Welt.

Nimmt man die Sprache der Depression als Symptom für diese Zeit ernst, kann man sie auch als durchaus angemessene Reaktion deuten. Ihr fehlte dann jeglicher Krankheitswert und sie wäre eine Aufforderung, Traurigkeit, Entschlußlosigkeit und Einsamkeit als Daseinsäußerungen zur Kenntnis zu nehmen.

In der Hinwendung zu den sozialen Wurzeln des depressiven Leids läge dann eine Chance.

Literaturverzeichnis

- Adorno, Theodor W.: *Minima moralia. Reflexionen aus dem beschädigten Leben.* Frankfurt 2001.
- Agamben, Giorgio: *Stanzien.* Zürich 2005.
- Anders, Günther: *Die Antiquiertheit des Menschen. Band I. Die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution.* München 1992.
- Aristoteles: *Die nikomachische Ethik.* München 1995.
- Bader, Günther: *Melancholie und Metapher. Philosophische Gedanken zur Bedeutung der Melancholie.* Tübingen 1990.
- Bauman, Zygmunt: *Unbehagen in der Postmoderne.* Hamburg 1999.
- Bauman, Zygmunt: *Flüchtige Moderne.* Frankfurt 2003.
- Bergmann, Anna: *Der entseelte Patient. Die moderne Medizin und der Tod.* Berlin 2004.
- Berndt, Heide: *Die Entwicklung von Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland seit 1900.*
www.asfh-berlin.de/uploads/media/alice_wissen_I_2004.pdf (20.3.2005)
- Binswanger, Ludwig: *Melancholie und Manie. Phänomenologische Studien.* Pfullingen 1960.
- BKK Gesundheitsreport 2004. *Gesundheit und sozialer Wandel. Betriebskrankenkassen Bundesverband,*
 Essen. www.bkk.de (14.5.2005)
- Blech, Jörg: *Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden.* Frankfurt 2003
- Bleuler, Eugen: *Lehrbuch der Psychiatrie.* Berlin, Heidelberg, New York 1983.
- Bluma, Lars: *Norbert Wiener und die Entstehung der Kybernetik im zweiten Weltkrieg.* Münster 2005.
- Böhme, Gernot; Böhme, Hartmut: *Feuer, Wasser, Erde, Luft. Eine Kulturgeschichte der vier Elemente.*
 München 2004.
- Böhme, Hartmut: *Albrecht Dürer: Melancholia I. Im Labyrinth der Deutung.* Frankfurt 1991.
- Braudel, Fernand: *Der Alltag. Sozialgeschichte des 15.-18. Jahrhunderts.* München 1986.
- Breibach, Olaf: *Die Materialisierung des Ichs. Zur Geschichte der Hirnforschung im 19. und 20. Jahrhundert.* Frankfurt 1997.
- Bruckner, Pascal: *Verdammt zum Glück. Der Fluch der Moderne.* Berlin 2001.
- Bruder, Klaus-Jürgen: *Zwischen Kant und Freud: Die Institutionalisierung der Psychologie als selbständige Wissenschaft.* In: Gerd Jüttemann, Michael Sonntag, Christoph Wulf (Hg.): *Die Seele. Ihre Geschichte im Abendland.* Weinheim 1991.
- Bundesministerium für Forschung und Bildung: *Lebenswissenschaften.* www.bmbf.de/de/1237.php
 (23.4.2005)
- Burckhardt, Martin: *Vom Geist der Maschine. Eine Geschichte kultureller Umbrüche.* Frankfurt,
 New York 1999.
- Burton, Robert: *Die Anatomie der Melancholie. (1651) Mainz* 2001.
- Caley, David: *The Rivers North of the Future. The Testament of Ivan Illich.* Toronto 2005.
- Cioran, E.M.: *Auf den Gipfeln der Verzweiflung.* Frankfurt 1989

- Deppe, Hans-Ulrich: Zur sozialen Anatomie des Gesundheitswesens. Neoliberalismus und Gesundheitswesen in Deutschland. Frankfurt 2000.
- Dörner, Klaus: Die Gesundheitsfalle. Woran unsere Medizin krankt. Zwölf Thesen zu ihrer Heilung. München, 2003.
- Dörner, Klaus: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt 1984.
- Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Teller, Christine; Wendt, Frank: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Bonn 2002.
- Duden, Barbara: Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730. Stuttgart 1991.
- Durkheim, Emile: Der Selbstmord. Hamburg 1983.
- Ehrenberg, Alain: Depression. In: Hegemann, Carl (Hg.): Endstation. Sehnsucht. Kapitalismus und Depression I. Berlin 2001.
- Europäische Kommission, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz: Maßnahmen gegen Depressionen. Psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden verbessern und die negativen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen von Depressionen bekämpfen. Europäische Gemeinschaften, 2004. <http://europa.eu.int> (11.8.2005)
- Fiedler, Georg: Suizide, Suizidversuche und Suizidalität. Daten und Fakten. Forschungsgruppe Suizidalität und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf April 2001. www.ukl.uni-hamburg.de/clinics/psych/TZS/online-text/daten-fakten-rev_2-2.pdf (18.6.2004)
- Finzen, Asmus: Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? Rasonieren über das Heilen. Bonn 2002.
- Finzen, Asmus: Schöne neue Diagnosenwelt. Psychiatrische Diagnostik im Zeichen von ICD-10 und DSM-IV. In: Soziale Psychiatrie 01/2002
- Fleck, Ludwik: Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Frankfurt 1980.
- Földényi, László: Melancholie. Berlin 2004
- Foucault, Michel: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt 1973.
- Foucault, Michel: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. München 2002.
- Frankl, Viktor E.: Das Leiden am sinnlosen Leben. Psychotherapie für heute. Freiburg 2003.
- Freud, Sigmund: Trauer und Melancholie. In: Studienausgabe, Band III. Psychologie des Unbewußten. Frankfurt 1975.
- Friedell, Egon: Kulturgeschichte der Neuzeit. München 2003.
- Fromm, Erich: Anatomie der menschlichen Destruktivität. Stuttgart 1974.
- Gauggel, Siegfried: Editorial: Von der Dekade des Gehirns zur Dekade des Verhaltens. www.gnp.de/informationmaterial/decade-of-behavior.html (22.8.2005)
- George, Uta u.a.: Psychiatrie in Gießen. Gießen 2003.
- Glatzel, Johann: Melancholie und Wahnsinn. Beiträge zur Psychopathologie und ihren Grenzgebieten. Darmstadt, 1990.

- Gorz, André: Wissen, Wert und Kapital. Zur Kritik der Wissensökonomie. Zürich 2004.
- Griesinger, W.: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studierende. Braunschweig, 1871.
- Güse, Hans-Georg; Schmacke, Norbert: Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus. Kronberg 1976.
- Healthnet-Services: www.hns.pvs-bw.de
- Healy, David: The Antidepressant Era. Harvard University 2000.
- Healy, David: Der Fall Healy. www.healyprozac.com/AcademicFreedom/TorontoBackground.htm (17.12.2004)
- Hegemann, Carl (Hg.): Endstation. Sehnsucht. Kapitalismus und Depression I. Berlin 2001.
- Hildegard v.Bingen: Heilkunde. Das Buch von dem Grund und Wesen und der Heilung der Krankheiten. (um 1150), Salzburg 1992.
- Huisken, Freer: Zur Kritik Bremer Hirnforschung. www.fhuisken.de/roth.htm (23.8.2005)
- Huxley, Aldous: Schöne neue Welt. Ein Roman der Zukunft. Frankfurt 1984.
- Ideler, Karl Wilhelm: Grundriss der Seelenheilkunde. Berlin 1838.
- IGES, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung: DAK-Gesundheitsreport 2002. Hamburg 2002
- Illich, Ivan: Die Nemesis der Medizin, Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. München 1995.
- Illich, Ivan u.a.: Entmündigung durch Experten. Kritik der Dienstleistungsberufe. Hamburg 1979.
- Illich, Ivan: „Und führe uns nicht in die Diagnose, sondern erlöse uns von dem Streben nach Gesundheit.“ Vortrag in Bologna 1998. www.pudel.uni-bremen.de (14.6.2003)
- Illich, Ivan: Die Korruption des Christentums. Ivan Illich über Evangelium, Kirche und Gesellschaft. Übersetzt von Sebastian Trapp. Januar 2000. www.uni-bremen/pudel.de (4.8.2003)
- Irle, Hanno; Amberger, Susanne; Nischan, Peter: Entwicklung in der psychotherapeutisch/psychosomatischen Rehabilitation. In: Die Angestelltenversicherung 7/01
- Jaspers, Karl: Allgemeine Psychopathologie. Berlin, Heidelberg, New York 1973.
- Jüttemann, Gerd; Sonntag, Michael; Wulf Christoph (Hg.): Die Seele. Ihre Geschichte im Abendland. Weinheim 1991.
- Jusatz, H.J. (Hg.): Aufgaben der psychischen Hygiene und praktischen Psychiatrie. Vier Sachverständigenberichte der Weltgesundheitsorganisation. In: Schriftenreihe aus dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens. Stuttgart 1959.
- Kaiser, Harald; Kerstin, Manuela; Schian, Hans-Martin: Der Stellenwert des Arbeitssimulationsgerätes ERGOS als Bestandteil der leistungsdiagnostischen Begutachtung. In: Rehabilitation 39/2000
- Kaldybajewa, Kalamkas: Rentenzugang der BfA 2003: Jeder achte Altersrentner kommt aus Altersteilzeit. In: Die Angestelltenversicherung, 5/6/2004
- Kartte, Sabine u. a.: Neue Wege aus dem Tief. Artikel vom 21. März 2005, www.stern.de/wissenschaft/gesund_leben/medizin/
- Kierkegaard, Sören: Entweder-Oder. München 2003.
- Kirsch et al. 2002: The Emperors New Drugs. In: Prevention & Treatment, Volume 5, July 2002. www.irresein.de/swindle.html (13.11.2004)

- Klee, Ernst: "Euthanasie" im NS-Staat. Die "Vernichtung unwerten Lebens". Frankfurt 1983.
- Kompetenznetz Depression: Presseinformation. Depression, Suizidalität. Ein bundesweites Projekt zur Optimierung von Therapie und Forschung. www.kompetenznetz-depression.de (20.6.2004)
- Kraepelin, Emil: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Band 1. Leipzig 1900.
- Kraepelin, Emil: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Band 2. Leipzig 1913
- Kröger, Fabian: Wenn sich Hirnforschung, Psychiatrie und Humangenetik verbünden... Telepolis, 7.6.2001. www.heise.de/bin/tp/issue/r4/dl-artikel2.cgi?artikelNr=7820&mode=print (29.8.2005)
- Lamprecht, Roland: Melancholie. Vom Leiden an der Welt und den Schmerzen der Reflexion. Hamburg 1994.
- Lepenes, Wolf: Melancholie und Gesellschaft. Frankfurt 1998.
- Lindemann, Gesa: Beunruhigende Sicherheiten. Zur Genese des Hirntodkonzepts. Konstanz 2003.
- Lombroso, Cesar: Klinische Beiträge zur Psychiatrie. Physikalische, statistische Studien und Krankengeschichten. Leipzig 1869.
- Marcuse, Ludwig: Philosophie des Unglücks. Zürich 1981.
- Monyer, Hannah u.a.: Manifest über Gegenwart und Zukunft der Hirnforschung. In: Gehirn und Geist 6/2004.
- Medawar, Charles: The Antidepressant Web. Marketing depression and making medicines work. www.socialaudit.org.uk (20.4.2004)
- Meya, Jörg; Sibum, Heinz Otto: Das fünfte Element. Wirkungen und Deutungen der Elektrizität. Hamburg 1987.
- Mitscherlich, Alexander: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I. Frankfurt 1966.
- Mitscherlich, Alexander und Margarete: Die Unfähigkeit zu trauern. München 1994.
- Panofsky, Erwin: Das Leben und die Kunst Albrecht Dürers. Frankfurt 1995.
- Paulus, Jochen: "Die Tricks der Pillendreher". Die Zeit, 22.4.2004.
- Perlitz, Uwe: Deutsche Bank Research. Pharmamarkt: Run auf Lifestyle-Drugs von Demografie verstärkt. www.dbresearch.de (4.5.2004)
- Pias, Claus: Die Macy-Konferenzen 1946-1953. Berlin 2003.
- Pias, Claus: Die kybernetische Illusion. In: C. Liebrand/J. Schneider (Hg): Medien in Medien. Köln 2002.
- Pohl, Eduard: Die Melancholie nach dem neuesten Standpunkte der Physiologie und auf Grundlage klinischer Beobachtungen. Prag 1852.
- Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. Berlin/NewYork 1986
- Putzke, Michael: Therapien in der deutschen Psychiatrie im 20. Jahrhundert. In: Uta George u.a.: Psychiatrie in Gießen. Gießen 2003.
- Reichardt, Martin (Hg.): Allgemeine und spezielle Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Basel 1955.
- Riedel, Ulrike: Vortrag im Deutschen Hygiene-Museum Dresden im Jahr 2000. www.dhmd.de/forum-wissenschaft/fachtagung03/riedel_a.htm (29.8.2005)
- Riem, Ludger: Das daseinsanalytische Verständnis in der Medizin (Diss. TH Aachen). Herzogenrath 1987.
- Rifkin, Jeremy: Das Ende der Arbeit und ihre Zukunft. Frankfurt/New York, 1995.
- Ritter, Joachim (Hg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie. Band 1. Darmstadt 1971.

- Rötzer, Florian: Gehirnscans mit dem fMRI (funktionelle Kernspintomographie) zur Terroristenerkennung. www.telepolis.de/r4/artikel/13/13113/1.html (29.8.2005)
- Rosenfelder, Andreas: "Vielleicht helfen Johanniskrautpräparate?" Frankfurter Rundschau, 23.10.2002
- Roth, Gerhard: Wie das Gehirn die Seele macht. Vortrag bei den Lindauer Psychotherapiewochen 2001. www.lptw.de (3.9.2005)
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Ausführliche Zusammenfassung. www.svr-gesundheit.de (20.7.2004)
- Schmidt-Degenhard, Michael: Melancholie und Depression. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1983.
- Schnabel, Ulrich: Der Markt der Neuronen. Hirnforscher werden zu Werbefachleuten. Sie wollen enthüllen, was Käufer zum Konsum antreibt. Die Zeit, 13.11.2003
- Schneider, Reto: Das Experiment. In: NZZ Folio. www.x.nzz.ch/folio/archiv/2003/08/articles/experiment.html (4.2.2004)
- Schulenburg, Johann Matthias Graf v.d.; Fischer, Juliane; Bölscher, Jens: Gesundheitsökonomische Aspekte des Krankheitsbildes Depression. Göttingen 2001.
- Sennett, Richard: Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin 1998.
- Shorter, Edwin: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg 1999.
- Shorter, Edwin: Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten. Hamburg 1994.
- Silvanus, Wolfgang: "Nebenwirkungen: Suizid und Amoklauf". Frankfurter Rundschau, 6.4.2004
- Sonntag, Michael: Die Seele und das Wissen vom Lebenden. Zur Entstehung der Biologie im 19. Jahrhundert. In: Gerd Jüttemann, Michael Sonntag, Christoph Wulf (Hg.): Die Seele. Ihre Geschichte im Abendland. Weinheim 1991.
- Sontag, Susan: Krankheit als Metapher. Aids und seine Metaphern. Frankfurt 2003
- Starobinski, Jean: Geschichte der Melancholiebehandlung von den Anfängen bis 1900. Basel 1960.
- Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichtserstattung 98. www.gbe-bund.de/pls/gbe/ergebnisse (15.3.2004)
- Steiner, George: Grammatik der Schöpfung. München 2001.
- Stiftung "Menschliches Gehirn": Leitgedanken und Ziele, Spendenaufruf. www.menschliches-gehirn.de (25.8.2005)
- Szasz, Thomas: Die Fabrikation des Wahnsinns. Olten 1974.
- Techniker Krankenkasse: TK-Gesundheitsreport 2005, www.tk-online.de
- Tellenbach, Hubertus: Schwermut, Wahn und Fallsucht in der abendländischen Dichtung. Stuttgart 1992.
- Tichy, Roland: Die Börse macht die Wirtschaft krank. Kollektive Angst- und Panikreaktionen kennen wir nicht nur aus der Psychologie. Sie beherrschen auch die gegenwärtige Stimmung im Land. Handelsblatt, 14.5.2004.
- Trenckmann, Ulrich: Mit Leib und Seele. Ein Wegweiser durch die Konzepte der Psychiatrie. Bonn 1988.
- U.S.Preventive Services Task Force: Leitlinien 2002 zu Screening in Allgemeinarztpraxen. www.medknowledge.de (20.1.2005)

- VDR, Rentenversicherung in Zahlenreihen 2004. www.vdr.de (11.6.2005)
- Weber, Matthias M.: Die Entwicklung der Psychopharmakologie im Zeitalter der naturwissenschaftlichen Medizin. Ideengeschichte eines psychiatrischen Therapiesystems. Urban & Vogel 1999.
- Weigl, Engelhard: Instrumente der Neuzeit. Stuttgart 1990.
- Wehler, Hans-Ulrich: Deutsche Gesellschaftsgeschichte. 1700 - 1815. München 1996.
- WHO: The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. www.who.int (17.11.2004)
- Wittchen, H.U. u.a.: Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys "psychische Störungen". In: Gesundheitswesen 61 (1999).
- Wyrsh, Jakob: Zur Geschichte und Deutung der endogenen Psychosen. Stuttgart 1956.
- Wyrsh, Jakob: Über Depressionen. Basel 1958.
- Ziervogel, A.; Hegerl, U. „Kompetenznetz Depression, Suizidalität“, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Ludwig-Maximilians-Universität München. Altenpflegekräfte als Partner in der Depressions- und Suizidprävention. Wie effektiv sind Fortbildungen zum Thema Depression, Suizidalität im Alter? Ergebnisse einer Pilotstudie. (Internes Manuskript)

Internet-Links

www.psychiatrie.de (Psychiatrie-Netz)
www.depressionsbarometer.de
www.angst-und-depri.info.de
www.depressionen.ch
www.depressions-sprechstunde.de

Antidepressiva-Kritik

www.socialaudit.org.uk
www.adfd.de
www.bukopharma.de
www.irresein.de

Betroffenen-Foren

www.nur-ruhe.de
www.depri.net

Bilderverzeichnis

- Titel: Zoran Music, Poltrona Grigia, 1990
 S. 6: Acedia, 13. Jahrhundert, Museum of the Fine Arts, Boston
 S. 15: Albrecht Dürer, Melancholia, 1514
 S. 20: Caspar David Friedrich, Mönch am Meer, 1808-1810
 S. 47: zeitgenössischer Stich, 1814, William Norris in seiner Zelle im Bethlam Hospital
 S. 98: Rich Tennant, Blues